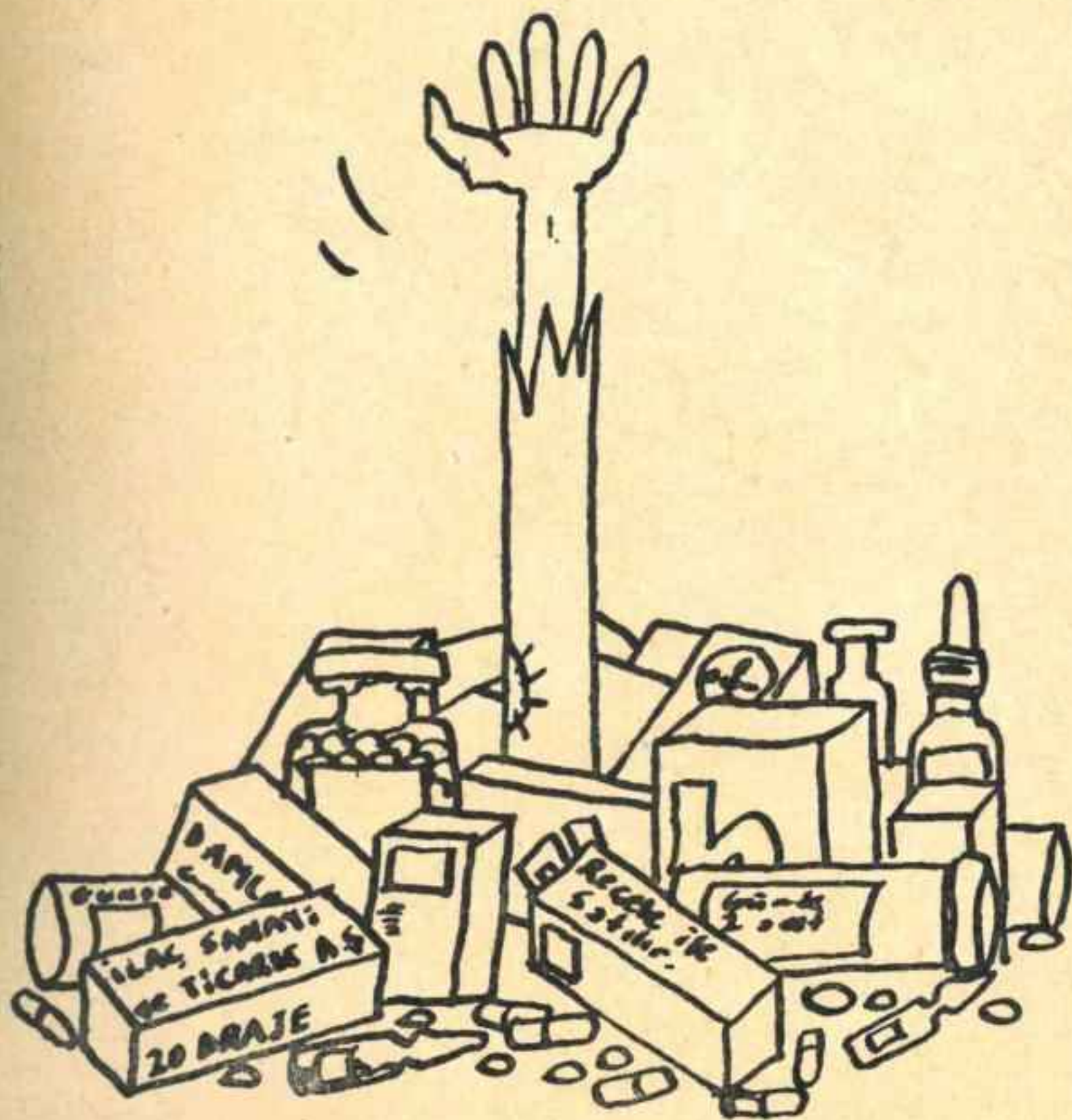


ANKARA
E
ZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



ÜMİT
KARLOĞLU
876

GÖREVE ÇAĞRI

İki yılda bir Tabip Odaları Genel Kurulları'nda üyeler temsilcilerini seçerler. Genel Kurul çalışmalarına katılmak tüm üyelerin hakkı ve görevidir. Ankara Tabip Odası'nın Genel Kurulu 12 Mart 1977 de yapılacak ve üyeler önümüzdeki iki yıl kendilerini temsil edecek meslektaşlarını seçeceklerdir.

Ankara Tabip Odası iki yıldır sürdürdüğü çalışmalarda toplumsal görevini olanaklar ölçüsünde yerine getirmiş, sömürenlerin değil sömürülenlerin yanında yer almış ve bu doğrultuda sesini duyurmuştur. Ankara Tabip Odası, içinde yaşadığımız işkence, baskı ve zulüm ortamında, düşünceleri nedeniyle insanların öldürüldüğü cinayetler ortamında geniş halk kesimlerinin ve meslektaşlarının çıkarları doğrultusunda önemli işlev görmüştür. Ankara Tabip Odası, hekimlerin ve onların örgütlerinin görevinin yalnız hasta kişileri tedavi etmek değil, aynı zamanda baskı, zulüm ve işkenceye, cinayetlere karşı çıkmak, en geniş ve en yaygın biçimiyle demokrasi ve özgürlükler için mücadele etmek olduğunu göstermiştir. Ankara Tabip Odası bu çalışmalarında halktan yana, demokrasiden ve özgürlükten yana tüm hekimlerden, diğer demokratik örgüt ve kuruluşlardan destek görmüştür. Ankara Tabip Odası ancak bu destekle yaşayabilir, mücadelesini sürdürüp geliştirebilir ve daha ileriye götürebilir.

Ankara Tabip Odası'nın Genel Kurul çalışmalarına tüm üye hekim ve diş hekimi meslektaşlarımızın katılımı, kendilerini temsil edecek kişilerin seçiminde üzerlerine düşen görevi yapmaları, gelecekteki Oda çalışmalarının sağlıklı ve başarılı olmasında önemli rol oynayacaktır. Bu nedenle, tüm üyelerimizi Genel Kurul çalışmalarında ve daha sonraki çalışmalarda görev almaya çağırıyoruz.

12 Mart 1977 saat 10.00'da Makina Mühendisleri Odası toplantı salonunda buluşalım.

ANKARA TABİP ODASI

İçindekiler

	Sayfa
— Sağlık Hizmetleri, Plânlama ve Örgütlenmeğe İlişkin Genel Yaklaşım Yöntemleri (Doç. Dr. Nevzat EREN)	4
— Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası (Prof. Dr. Nevzat FİŞEK)	19
— Yeni Anlamda Sağlık Hizmeti ve Bu Hizmetin Gerektirdiği Hekim Tipi (Prof. Dr. Nevres BAYKAN)	24
— Halk Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesinde Laboratuvarların Yeri (Bakt. Dr. Necmettin ALKIŞ)	26
— Ülkemizde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (Dr. Ahmet ÇELİKKOL)	29
— Eğitimin Beslenme Sorunundaki Yeri Ne Olmalı? (Ali Nurettin GÜRSES)	33
— Sağlık ve Ekonomi (Güven BİNGÖL)	40
— Doktorun Raporu, Mühendisin Kazığı (Dr. Muzaffer HACIHASANOĞLU)	46
— HABERLER - HABERLER - HABERLER	48

TOB	Yönetim Yeri :
Türk Tabibler Birliği	Hanımeli Sok. 16/2
Ankara ve İzmir Tabip	Sıhhiye/ANKARA
Odaları Aylık Yayın	Tlf : 29 55 70
Organı	
Sahibi :	Basıldığı Yer :
Ankara Tabip Odası Başkanı	Şafak Matbaası Tlf : 29 57 84
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ	Hanımeli Sok. No. 49 ANKARA
Yazı İşleri Müdürü :	Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.
Dr. Recep AKDUR	Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.
Teknik Sekreter :	Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)
Cevdet DURANOĞLU	Yayınlanan yazılardaki görüş ve düşünceler yazarlarına aittir. Odalarımızı ve TOB'u bağlamaz.
Yazı Kurulu	İlan Tarifesi :
(Ankara Tabip Odasından)	Kapaklar 1500 TL.
Dr. Muzaffer AKYOL, Dr. Doğan BENLİ, Doç. Dr. Nevzat EREN, Dr. Özen ARAT	İç tam sayfa 1000 TL.
(İzmir Tabip Odasından)	İç yarım sayfa 750 TL.
Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN	

ÜLKEMİZDE SAĞLIK PLÂNLAMASI VE ÖRGÜTLENMESİNİN BÜYÜK DARBOĞAZLARI OLDUĞU BİLİNMEKTEDİR. SORUNA DEĞİŞİK AÇILAR-DAN YANAŞAN YAZILARIN ÇOĞUNDA PLANLAMA VE ÖRGÜTLENMEYE İLİŞKİN KURAMSAL BİLGİ EKSİKLİĞİ DİKKATİ ÇEKMEKTEDİR. AŞA-ĞIDA, BU BİLGİ AÇIĞINI KAPATMAYA YÖNELİK, BİR İNCELEME BULACAKSINIZ. YAZIDA AÇIKLANAN KURAMSAL ÇERÇEVE AÇISINDAN, ÜLKEMİZDEKİ SAĞLIK PLÂNLAMASI VE ÖRGÜTLENMEYE İLİŞKİN, YAZARIN İKİNCİ BİR İNCELEMESİ, GELECEK SAYIMIZDA YAYINLA-NACAKTIR.

TOB

Sağlık Hizmetleri, Planlama ve Örgütlenmeğe İlişkin Genel Yaklaşım Yöntemleri

I.

Dr Nevzat EREN
Halk Sağlığı Doçenti

«TOB» un, ülkemizin sağlık sorunlarının açıklığa kavuşması için özlenen tartışma ortamını yaratmakta olduğu görülmektedir. Sorunların tartışılmasını zorunlu olarak örgütlenmenin tartışılması izlemektedir. Yazıda, TOB'un açtığı tartışmaya yön verebilmesi umuduyla, sağlık hizmetleri ve örgütlenme yöntemlerine ilişkin çağdaş gelişmeler özetlenmiştir.»

A. SAĞLIĞIN ÖNEMİ, HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI

A.1. Johan Peter Frank'ın, «Kralların en büyük servetleri tebaalarıdır.» demesinin üzerinden iki yüzyıla yakın zaman geçmiştir. Çağımızda krallar ve tebaaların büyük bir çoğunluğu tarihe karışmıştır. Ancak, «Halkın en büyük servet» olduğu gerçeği daha da önem kazanmıştır. Çünkü, tarihin bütün çağlarında uygarlığı, bilim, teknoloji ve benzerlerini yaratanlar kişiler ve halklardır. Kişinin, doğayı ve çevre sini denetimi altına almasının, bu denetimi kendi yararına kullanmak-tan daha geçerli bir gerekçesi olamaz.

Ulusları, kalkınmış ve kalkınmakta olanlar olarak ayırdığımızda, kişilerin ve toplumun önemini daha iyi anlamaktayız. Çünkü her değeri yaratan, her bilimsel bulguyu bulan, her teknolojiyi kullanan kişi ve

toplumdur. Kişiler ve onların oluşturduğu toplumlar dışında, doğanın bir anlamı kalmamaktadır. Dolayısı ile değerlerin tümünün toplumdan doğduğunu ve toplumun yararına kullanılması gerektiğini söylemek gereklidir.

Diğer yandan toplumun - halkın değeri, doğrudan kişinin değeri ile bağımlıdır. Çünkü toplumu oluşturan bireylerdir. Toplum düzeninin iyi işlemesi, bireylerin düzenli, geleceğe güvenli, sağlıklı olmaları ve benzeri koşulların sağlanması sonucu, kişilerin «bütünün iyi işleyen parçaları» olması ile sağlanabilir. Her karmaşık sistem için olduğu gibi toplumlar için de geçerli olan iki önemli kural vardır :

A.1.1. Bütünün (toplumun) parçaları (kişiler) ile uyum içinde olması,

A.1.2. Parçaların (kişiler) birbirleriyle uyum içinde olması.

Kişilerin birbirleriyle, topluluk ve toplumla uyum içinde olmaları için bazı gereklerin yerine getirilmiş olması zorunludur. Bu gerekler arasında sağlık hizmetleri ve eğitimi, sağlıklı barınak sağlanmasını, iyi ve dengeli beslenmeyi, örgün eğitimi, sosyal güven ve sosyal refahı, ekonomik kalkınmayı, ulusal gelirin dengeli dağılımını ve benzeri koşulları sayabiliriz. Bu gereklerin hepsinin ayrı ayrı, vazgeçilmez önemleri vardır. Ve ancak, hepsi birden sağlanırsa bireyin uyumu sağlıklı olur. Ancak, bir öncelik sırası konmak gerekirse, sağlığı ve sağlık hizmetlerini birinci sıraya koymak gerekir. Çünkü, ancak kişi sağlıklı olursa diğer gereklerin kendisi için bir anlamı olabilir. Ancak, sağlığı yerinde olan kişi, bütüne uyum konusunda diğer görevlerini yapabilecek yetekte olabilir.

A.2. Kişileri, sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamak, çok zaman olanak dışıdır. Bunun doğal bir sonucu olarak da, sağlık ve hastalık durumlarını birbirinden ayıran kesin bir çizginin varlığından söz etme olanağı da yoktur. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı, hastalık ve sağlık durumlarının iç içe girmiş oluşunun açık bir belirtisidir. Bilindiği gibi bu tanımlama sağlığı, «Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur.» diye tanımlamaktadır. Bu tanımlamada sağlıklı olmanın başlıca beş koşula dayandırıldığı görülmektedir :

A.2.1. Hasta olmamak,

A.2.2. Sakat olmamak,

A.2.3. Bedensel yönden tam bir iyilik durumunda olmak,

A.2.4. Ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olmak ve

A.2.5. Toplumsal yönden tam bir iyilik durumunda olmak.

Bu koşulların karmaşıklığı ve kapsamlarının genişliği gözönüne alındığında, bir kişiyi sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamanın güçlüğü kolayca anlaşılmaktadır. Ayrıca, bu koşulların zamana, kişiye ve toplumlara göre değişmeler göstermesi de, sağlıklı olma durumunun karmaşıklığını artıran diğer önemli nedenlerdir.

Sonuç olarak «Kişilerin sağlıklı olması, topluluk ve toplumların sağlıklı olmasının başta gelen etkenidir ve dolayısı ile sağlık, büyük önemi verilmesi gereken bir konudur.» denebilir.

B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI :

B.1. Sağlık ve hastalık kavramlarının iç içe geçmiş ve sağlıklı olma tanımındaki öğelerin kapsamlarının geniş, kişiye, topluma ve zamana göre değişmekte olması, sağlık hizmetlerinin de bu özellikleri taşıması sonucunu doğurmaktadır. Sağlık hizmeti kapsam olarak resmi ve resmi olmayan tüm hizmetleri kapsar. (1)

Bir ülkedeki sağlık servislerinin, kapsama ilişkin organizasyonu toplumsal, ekonomik ve yönetsel etmenlerin etkisinde geniş bir değişkenlik gösterir. Değişik ülkelerin kapsama ilişkin özellikleri gözönüne alındığında, sağlık örgütünün yapısının, değişik zamanlarda ortaya çıkan gereksinimleri karşılamaya yönelmiş, karışık bir tarihsel gelişimin etkisinde olduğu görülür. (Örnek olarak 1876 yılında kurulmuş olan memleket tabipliklerini - ki bu örgüt günümüzdeki hükümet tabipliği sisteminin başlangıcı olmuştur- sıtma eradikasyonunu, verem savaşı kuruluşunu ve benzerlerini sayabiliriz) Bu gereksinimler özel bir halk grubunun, özel bir hastalığın (kancalı kurt savaşı, trahom savaşı), ülkenin belli bir bölgesinin gereksinimleri olabilir. (2)

Sağlık hizmetinin kapsamının belirlenmesi, sağlık örgütünün başarılı olması ve başarısını sürdürmesinde önemli bir nokta da, bu geçmiş uygulamaların gözönünde tutulmasıdır. Çünkü, genel bir kural olarak toplum, daha çok alıştığı uygulamaları ister.

Sağlık hizmetinin kapsamının belirtilmesinde, halkın istek ve gereksinimlerini bilmenin de büyük önemi vardır. Ancak, çok zaman halkın kendi sağlık gereksinimleri konusunda bilinçli bir tutumu yoktur. Ayrıca halkın gereksinimleri, kapsamın belirlenmesi yönünden yöneticilerin ve bilimsel verilerin sonuçlarına uymayabilir, bazen ters de düşebilir.

Kamu sektöründe halka sağlık hizmeti veren kuruluşların, kapsam yönünden başlıca dört konuda hizmet vermesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün bir danışman grubunca önerilmektedir (3) :

B.1.1. Uygun çevre, uygun beslenme ve fizik kültürü kapsayan temel yapıcı hizmetler.

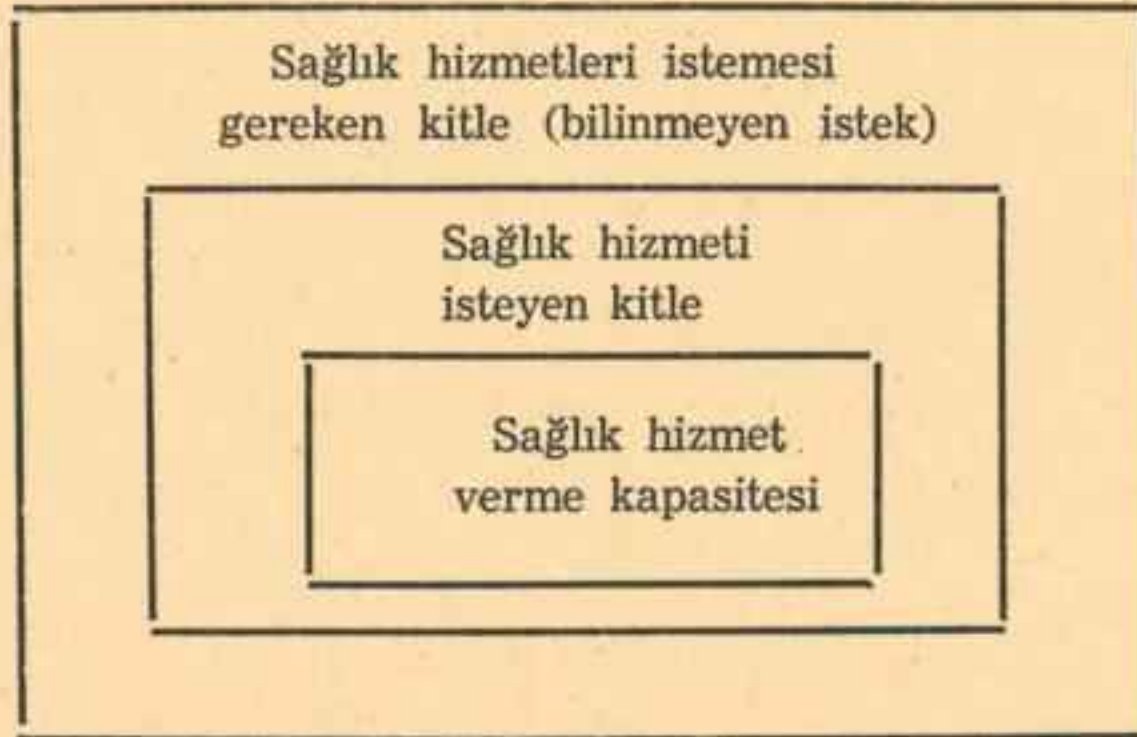
B.1.2. Sağlık eğitimi, aile plânlaması, erken tanı, beslenme, aşı-
ma hizmetlerini kapsayan kişisel koruyucu hizmetler.

B.1.3. Hastalık ve yaralanmaların tam olarak iyileştirilmesini kap-
sayan iyileştirici hizmetler ve,

B.1.4. Kişilere tam çalışma ve yaşama yeteneklerini yeniden ver-
meyi kapsayan esenlendirme hizmetleri.

Bu ayırımda, sayılan hizmet ve kapsamlarının kamu sektöründe yerine getirilmesi gereken hizmetler olduğu akılda tutulmalıdır. Bu nok-
tada, hizmeti veren kamu sektörüyle hizmeti alan halk arasında uygun bir iletişimin kurulmuş olması önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, hal-
kın sağlık hizmetleri ve bunların kapsamına ilişkin «arz - talep» ilişki-
si de tümüyle bilinen bir durum değildir. Bu konuda Şekil 1, yeterince bir fikir vermektedir.

ŞEKİL 1
SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ - TALEP İLİŞKİSİ (4)



B.2. Diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü'nün bir danışmanlar gru-
bu, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetinin kapsam yönünden başlı-
ca 10 tür uygulama biçimi gözlenebileceğini belirtmektedir (5) :

B.2.1. Geleneksel uygulama (4) (6) (7)

B.2.2. Askerî sağlık kuruluşları,

B.2.3. Din etkisindeki sağlık kuruluşları (8) (9),

B.2.4. Endüstri, madencilik ve tarım işçileri için kurulan kuruluş-
lar,

B.2.5. Halk sağlığı programları (10),

B.2.6. Sosyal güvenlik kuruluşları (11),

B.2.7. Diğer devlet programları,

B.2.8. Gönüllü kuruluşlar (12) (13),

B.2.9. Gönüllü kişisel girişimler,

B.2.10. Özel hekimlik uygulamaları.

Danışman grubunun 10 başlık altında topladığı hizmet birimleri ve kapsamlarının tümünün Türkiye için geçerli olduğu, verilen kaynakların incelenmesinden anlaşılabacaktır. Dolayısı ile sağlık örgütlenmesi konusunda Türkiye'nin, gelişmekte olan ülkeler modeline uyduğu ortaya çıkmaktadır.

C. SAĞLIK HİZMETİ VEREN SEKTÖRLER

C.1. Hizmetin kimin tarafından yapıldığı gözönüne alındığında, sağlık hizmetleri birinci basamakta iki ana bölüme ayrılır :

C.1.1. Kamu sektöründe yapılan hizmetler,

Kamu, değişik anlamlarda kullanılan belirsiz kavramlardandır. Örneğin kamu hizmeti deyimi, yönetimin tüm çalışmalarını kapsamaz. Yönetimin bazı çalışmaları kamu hizmeti kapsamının dışında kalır. Buna karşılık kamu hizmeti, yönetim dışında kalan yasama ve yargı görevlerinin bir bölümünü içine alır (14).

Kamu sektöründe yapılan sağlık hizmetinin ayırım ve sayımını yapmak, kişilerin yaptıklarına aynı işleri uygulamaya göre daha az çaba isteyen bir iştir. Ülkenin sağlık hizmeti tek elden yönetiliyorsa, bu işleri yapınak daha da kolaydır. Türkiye'de halka sağlık hizmeti veren 40'dan çok kuruluşun bulunduğu gerçeğinden yola çıkarak (15), halka sağlık hizmeti verme işinde bir plansızlık içinde bulunulduğunu da belirtmek gerekmektedir. Bu kuruluşların sayısının çokluğu sonucu, halkla ilişkilerinde de ayrı tutumlar içinde olmaları beklenen bir sonuçtur (16). Bu durum, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını azaltan önemli bir etkidir.

Siyasal açıdan yapılan bir sınıflamaya göre, kamu sektöründe yapılan sağlık hizmetleri, organizasyon yönünden üç bölüme ayrılmaktadır (17) :

a. En küçük inceliklerine kadar merkezde planlanan ve merkezden yönetilen sistemler. Bu tür sistemler Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkelerde uygulanmaktadır.

b. Hemen tamamı özel sektörce, arz - talep ilişkilerine göre yürütülen uygulama. Bu tür uygulama biçimi de gelişmiş ülkelerin bazılarında uygulanmaktadır.

c. Devlet bütçesi desteğinde, uzun süreli amaçlara yönelik, ekonomik kalkınmayla ilişkili ve ekonomik kalkınmayla dengelenmiş yatırımlar yapmak. Bu tür uygulamalarsa daha çok gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

C.1.2. Özel Sektör ve kişilerce yapılan hizmetler :

Özel sektör ve kişilerce yapılan sağlık hizmeti ve harcamaları da iki bölümde incelenmektedir :

C.1.2.1. Türkiye'de özel sektörün hastane işletmesi yönünden toplam hastane hizmetleri içindeki payı, yok sayılabilecek kadar azdır. Bunun nedenleri arasında, hastanelerce uygulanan iyileştirici hizmetlerin çok pahalı olması, gerekli parayı ancak sigortalar ve çok zengin kişilerin verebileceği gerçeği başta gelmektedir.

Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kendi hastaneleri vardır. Dolayısı ile özel hastaneler için ödeme yapmaz. Özel sigortaların ise böyle bir uygulama yapmadıkları, açık söyleyişle kişileri, hastalandıklarında hastane masraflarını ödeyecek koşullarda sigorta etmedikleri bilinmektedir. Çok zengin kişilerin de, bu tür hastaneciliği yaygınlaştıracak kadar bu hastanelerden yararlanmadıkları anlaşılmaktadır. Bu konuda bir hayli yaygın olduğu görülen düşünce de şudur :

«Özel hastaneler kâr amacına yönelik çalışmaktadırlar ve bu tutum son derecede doğaldır. Hem bu amacı gerçekleştirmek hem de yüksek sağlık bakımı sağlamak, Türkiye'de çok az kişinin karşılayabileceği bir mâliyete ulaşmaktadır. Özel hastaneler kuruluşlarındaki kârlılık amacından vaz geçemezler. Bu amaçtan vaz geçmek bu hastanelerin kapanması sonucunu doğurur. Çünkü bu hastanelerin, hastaların ödedikleri paradan gayri gelirleri yoktur. Başka yollardan yardım ya da bağış gibi gelir sağlama olanakları da yoktur. Hastanenin kapanmasını önlemek ve maliyeti düşürmek için geriye, bakım standartlarını düşürmekten başka yol kalmamaktadır.»

C.1.2.2. Özel sektörde sağlık hizmeti vermenin diğer bir biçimi de, özel muayenahanelerde hekimlik hizmeti yapmaktır. Bu konuda, hizmet verme standardına ilişkin herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu tür sağlık hizmeti verme konusunda tam bir bilgisizlik içinde bulunduğunu söyleme olanağı vardır.

D. HALKIN SAĞLIK HİZMETİNDEN YARARLANMASI, PERSONEL HALK İLİŞKİLERİ

D.1. Halkın sağlık hizmetinden yararlanması söz konusu olunca, «sağlık hizmetlerinin amacı ne olmalıdır» sorusu önem kazanmaktadır

Sağlık hizmeti veriş biçiminin özel ya da genel oluşuna göre hizmetin amacı değişik olacaktır. Ancak, hangi soydan olursa olsun, halkın yararlanmasını sağlamak için sağlık hizmetlerinin belli başlı özelliklerinden söz edilebilir. Bu özelliklerin en önemlileri şunlardır :

D.1.1. Kapsayıcılık - Tümelci Olma (Comprehensiveness) : Sağlık hizmeti, hedef toplumun tümünü kapsamına alabilmeli, hizmeti herkese götürebilmelidir.

D.1.2. Elde edilebilirlik - Ulaşılabilirlik (Accessibility) : Sağlık servisleri toplumun içinde ya da yakınında olmalıdır, halk ondan yararlanabileceğinin farkında olmalıdır.

D.1.3. Nitelik : Hem sağlık yöneticileri hem de hekimler, sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyi olmasına özen göstermelidirler. Hekimler yönünden niteliğin iyi olması, en son bilgileri edinmiş olmağa bağlıdır. Dolayısı ile eğitim, deneyim (tecrübe) ve hekimlik bilimindeki son gelişmeleri izleyip uygulamak gereklidir.

D.1.4. Uyumlanabilirlik - İntibak Kolaylığı (Adaptibility) : Sağlık yöneticileri kendilerini toplumsal, ekonomik ve politik değişmelere uydurabilecek canlılık içinde olmalıdırlar. Böylece halkın, yöneticileri ve baskı guruplarının isteklerine uygun ve aynı zamanda bilimsel verilerle uygulamalar yönünden de doyurucu bir sağlık hizmeti verme olanağı ortaya çıkar.

D.1.5. Etkili sonucu elde etme ve görevini yapma yeteneği (Ability to influence and interpret) : Sağlık yönetimi sistemi, yasaları yapan, uygulayan yetkililerle halk arasında etkili bir hareketliliklerdir. Dolayısı ile hükümet politikasının etkili sonucunu alma, görevleri yerine getirme eylemlerine yönelen ve bunları halkın istekleri ile dengeleştirme, halkın sağlık hizmetinden yararlanmasını olumlu yolda etkiler. Bu sonucu elde edebilmek için halkın sağlık yöneticilerince eğitilmesi gereklidir. Halk, yalnız kendi isteklerini belirtmekle kalmamalı, aynı zamanda kendilerine verilen sağlık hizmetlerinin neler olduğunun ortaya konması işine de etkin olarak katılmalıdır (18). Ancak böylece halkın ne istediği, halka ne verildiği tam olarak ortaya konmuş olur.

D.2. Personel ve Halk İlişkileri :

Değişik sıkıntıları olduğu için sağlık servislerine gelmiş kişilerle iyi ilişkiler kurulmasının önemi açıktır. Başlıca amaç, servislerin kişiye, kişi sağlığına önem verdiği inancını yerleştirmektir. Bu inanç, hastalara ve onların yakınlarına ilgi göstermek, onların morallerini yükseltici davranışlarda bulunmak ve umursanmadıkları kanısına kapılmalarını önlemekle sağlanabilir (19). Sağlık servislerinde görevli tüm personel, hastalar ve yakınları ile iyi bir iletişim kurabilmeli ve bu konuda eğitilmiş olmalıdır. Personel, sağlık servisinin hizmet verdiği kişilerin güvenini nasıl sağlayabileceğini, halkın istekleri yönünden neyin yapılması gerektiğini bilmeli, bu bilgilerine uygun olarak davranmalıdır. Ayrıca, sağlık servisinin ya da kendi davranışının gerekli ve hastanın yararına olduğunu kanıtlamak için her çabayı göstermek personelin ana görevlerinden biri olmalıdır. Bütün bunların yapılabilmesi, personele yeterli bir şematik ve iletişim bilgisinin verilmiş olmasına bağlıdır.

Diğer önemli bir nokta da, sağlık servislerine başvuran kişilere neyi nasıl yapacağı konusunda yardımcı olacak, yeterli bilgiyle donatılmış kişilerin görevlendirilmiş olmasıdır. Türkiye’de temel halk sağlığı servisleri, aile hekimliği ve benzerleri gibi, sağlık servisine başvurduğunda nereye gidip ne yapacağını hastalara anlatan bir kuruluş yoktur. Bu nedenle hastalar, sağlık servislerinde zaman yitirmektedirler. Gereksiz bölümlere başvurmakta, buralardan asıl bakılmaları gereken bölümlere gönderilmektedirler. Hastanelerde, bu düzensizliği önleyecek genel poliklinikler henüz kurulmamıştır. Böyle durumlar, sağlıkları yönünden sıkıntılı, endişeli, dolayısı ile sinirleri gergin hasta ve hasta sahiplerini şikâyetçi duruma getirmekte, sağlık kuruluşlarına güvenlerini azaltmaktadır.

Hastalıkların iyileştirilmelerinde hekime ve sağlık kuruluşuna güvenin verdiği psikolojik desteğin önemi göz önüne alındığında, bu konunun önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Kamu sektörü ve kamu sözcüğünün değişik anlamlarda kullanılan, belirsiz kavramlardan olduğundan söz edilmişti. Kişinin sağlık servislerinden yararlanmasını kısıtan, personelle iyi ilişkiler kurmasını engelleyen nedenlerden birisi de bu belirsizliktir. Herkes gibi, her hasta bir toplumun üyesidir. Dolayısı ile davranışlarını, gruptaki olaylar, gelenek ve görenekler, kavramların tanımı, hekim, hemşire ve benzeri sağlık personeli ile karşılıklı etkileşimi gibi davranış öğeleri etkilemektedir (20). Böyle bir durumda kişinin, sağlık servislerine ve bu servislerdeki görevlilere karşı tutumları, değer yargıları olacaktır. Bu yargıların iki özelliği bulunduğu göz önüne alınmalıdır :

D.2.1. Yargılar her zaman gerçeğin ta kendisi değildirler.

D.2.2. Bununla birlikte yöneticiler bu yargıları bilmek durumunda dırlar. Başarılı bir sağlık servisi, en son bilgiyi kullanmakla birlikte, halkın yargılarına ters düşmemek zorunluğundadır. Bunun tersi kuruluşun verimini azaltacaktır. Ayrıca, yargıları bilmenin halkın eğitilmesi için büyük önemi vardır.

Kamunun pratikteki temsilcisi personeldir. HEİNE, personel ve halkın ilişkileri konusunda ikili bir genelleme yapmaktadır (21) :

«Bazı ülkeler halkları doğal ya da tarihsel sürecin bir sonucu olarak monarşist, bazıları cumhuriyetçidir. Örnek olarak Almanya monarşist, Fransa cumhuriyetçidir. Monarşik halklar memurlarına güvenirler, bu kimselerin bozulmamış, ihtirassız ve saygı değer kişiler olduğunu var sayarlar. Cumhuriyetçi halklar ise siyasal iktidara güvenmezler. Kamu personelinin büyük olasılıkla tembel, israfcı, müstebit ve bürokrat bulurlar. Bunları, mevkilerini suistimal etmek için her zaman hazır görürler.»

Türkiye'de halkın cumhuriyetçi tutuma doğru değiştiğini, hatta hızla değiştiğini gösteren sayısız kanıt vardır. Kuşkusuz bu değişimde, siyasal iktidarların önemli etkisi vardır «Halkın kuşkusu ile karşı karşıya kalan personel bu durumdan etkilenecek ve halkın kendisine ya kıştırdığı kötü özellikleri ister istemez edinecektir. Personel saygı görürse vekar sahibi olur. Kendisine güvensizlik duyulursa, savunmada kalan bir saldırgan olur.»

Halkı cumhuriyetçi, personeli savunmada kalan bir saldırgan olmaktan korumanın tek yolu, halk - personel ilişkilerini incelemek, eğitim plânları ve programları hazırlayıp uygulamaktır.» İncelemeler ve Programlar» deyimi, birbirleriyle ilişkileri olan değişik çalışmalarını kapsar :

a. Şimdiki durumu ortaya koymak,

b. Geleceğe ilişkin öngörüler ve programlar hazırlamak. (22)

Bütün bunların yapılması, halk - personel ilişkilerine denge, halkı monarşik bir tutum kazandıracaktır.

Sağlık servislerinden halkın yararlanması ile personel - halk ilişkilerinin önemleri konusundaki sonuçlar, özet olarak şekil 2'de gösterilmiştir. Hastanın karar vermesini etkileyen etkenlerden 2. ve 3.'üncü etkenlerin, kişinin sağlık ve sağlık kuruluşlarından yararlanmayı bilmesine sıkıca bağlı olduğu ortadadır. Bu konularda halka yapılacak sağlık eğitimine öncelik verilmesi gerekmektedir. Hastanın harekete geçmesini etkileyen etkenlerden 2. ve 3.'üncü etkenler ise, doğrudan sosyo - ekonomik düzeyle ilişkilidir.

ŞEKİL 2

SAĞLIK SERVİSLERİNİN KULLANILMASI (23)

Hastanın Karar Vermesini Etkileyen Etkenler	Hastanın Harekete Geçmesini Etkileyen Etkenler
1. Biyolojik	1. Sağlık servislerinin ulaşılabilir olması.
2. Bakım için duyulan gereksinme	2. Ücretin halkın ödeyebileceği düzeyde olması,
3. Sağlık servislerini kullanmanın değerini kavrama.	3. Hastanın toplumsal ve ekonomik kaynakları.



Sağlık Servislerinin Halk Tarafından Kullanılması

E. SAĞLIĞIN MÂLİYETİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ :

E.1. Sağlık için bir toplumun ayırdığı insangücü ve kaynakların, başka gereksinimleri karşılayabilmek için kullanılabileceği gerçeği, sağlığın mâliyeti kavramını ortaya çıkarır. Bunun sonucu olarak sağlık servislerinin maliyetinin, kullanılan kaynaklar, eşya ve insan gücü olarak değerlendirilmesi zorunlu olur.

Maliyete ilişkin sağlık harcamaları sınırlı ve kaba bir ayırma ile iki ana bölüme ayrılabilir (24) :

E.1.1. Yatırımlar. Bu başlık altında :

- a. Sağlık binasının arsa değeri,
- b. Yeni bina yapımı, genişletme ve yeni gereksinmelere göre düzenleme harcamaları.
- c. Mobilya, döşeme, malzeme ve ekipman harcamaları toplanmaktadır.

E.1.2. İşletme harcamaları. Bu başlık altında da :

- a. Her türlü personele ödenen aylık ve ücretler,
- b. Yiyecek harcamaları,
- c. Taşıma harcamaları,
- d. İlâç, aşı, serum ve benzerlerine ödenen para,
- e. Gözlük, işitme aracı, ortopedik araçlar ve diğer protezler için yapılan harcamalar,
- f. Isıtma, su elektrik için ödenen para ile
- g. Amortisman bedelleri toplanmaktadır.

Bu ayırım bir çok amaçlar için yeterli değildir. Aslında, kişilerin sağlıkları için yapılan harcamaların, kişisel olsun kamusal olsun, nerede başlayıp nerede bittiğini kestirmek çok zaman olanak dışıdır. Görünüşte eğlence ya da başka amaçlara yönelmiş görünen harcamaların, dolaylı yolla sağlığı etkiledikleri gösterilebilir. Kamu tarafından bir kente parklar yapılması, caddelerin genişletilmesi, kişilerin boş zamanlarını doldurmak için radyo ve televizyon almaları, bir noktada sağlık için yapılmış harcamalardır. Parklar hava kirlenmesine, geniş caddeler trafik kazalarına karşı alınmış önlemler arasındadır. Bunun gibi radyo, televizyon ve benzeri kitle haberleşme araçlarıyla etkili sağlık eğitimi yapılabilir.

Sağlık kuruluşlarının amacı sağlığı geliştirmek, halkı hastalıklardan korumak, fizik ya da mental kökenli, kronik ya da akut hastalıkları

tanıyıp iyileştirmek, yaralanmalar ve hastalıklar sonucu iş yapma gücü azalan kişileri esenlendirmektir. Bu genel tanımlama zorunlu olarak «Sağlık Servisleri Nedir» sorusuna (ki mâliyetin hesaplanabilmesi bu soruya verilecek karşılığa bağlıdır) her durum için ayrı bir karşılık getirmektedir. Geniş kavram olarak alındığında sağlık harcamaları beslenme, barınak, yukarda da sözü edilen eğlence harcamalarını kişilerin sağlıkları için kendi ceplerinden yaptıkları harcamaları ve daha pek çok harcamayı içine alan geniş bir kapsama erişir. Dolayısı ile sağlık harcamalarının geniş bir spektrumu vardır. Sağlık kuruluşlarını ve sağlık harcamalarını sınıflandırmak pek güç bir iştir. Ayrıca, yapılabilecek tanımlama ve sınıflamaları her ülke, hatta bir ülkenin her bölgesi için kullanabilme olanağı da yoktur. (25)

Gelişmekte olan toplumlar için kapital birikiminin önemi göz önüne alındığında, bu ülkeler için en az sağlık harcaması ile en çok hizmet elde etmek zorunlu görülmektedir. Diğer bir anlatıyla, sağlığa ilişkin kapital yatırımı ve harcamalar, üzerinde durulması, tartışılması ve kamuoyu yaratılması gereken önemli konulardır. Bunlar yapılmaksızın ekonomi kuralları ile karar vermek yanıltıcı sonuçlar verir. Çünkü «sağlık servislerine yapılan yatırım ve harcamalar, büyük kapital kuralları ile açıklanamaz.» Diğer alanlara yapılan yatırım ve harcamalarla da karşılaştırılmaz. Ancak, sağlık için yapılan yatırımın tüm yatırım içindeki oranı ile sağlık harcamalarının tüm harcamalara göre oranı, bir fikir elde etmek için karşılaştırılabilir. (24), (25) Böyle bir karşılaştırma yönünden sağlık harcamalara dört ana gruba ayrılabilir :

- a. Sağlık bakım servisleri harcamaları .
 - Hastane dışı harcamaları,
 - Hastane içi harcamaları.
- b. Halk sağlığı servisleri harcamaları.
- c. Eğitim harcamaları.
- d. Araştırma harcamaları.

E.2. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi :

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin değerini ölçme işlemidir. Başlıca üç amaca yöneliktir :

E.2.1. Amaca yönelik etkililik : Bu tür değerlendirmede kuruluşların kendi amaçlarına ne kadar yakın ya da uzak çalıştıkları araştırılır.

E.2.2. Parasal etkililik : Kuruluşun kaynaklarını ne derecede iyi kullandıklarına bakılır.

E.2.3. Niteliksel etkililik : Verilen hizmetin ne derecede halkın gereksinmelerine ve güncel bilimsel uygulamalara uyduğu araştırılır.

Bu değerlendirmelerin yanısıra, kuşkusuz kuruluşun amacına ilişkin demografik verilerin ve halkın bu konudaki işbirliği ve istendik davranışlarının olumlu yolda ne derecede geliştiğini değerlendirmek de önemli ve yapılması gerekli işlemdir.

F. HİZMETİN PLÂNLANMASI VE YATIRIM

Niteliği ne olursa olsun, her türlü plânlama bazı kararlar almayı her karar bir ön bilgiyi gerektirir. Diğer bir anlatıyla, önce olaylara ilişkin bilgi toplanır, sonra bu bilgi değerlendirilir. İster plân ve program denen, zaman içinde sıralanmış ve düzenlenmiş bir çok kararın alınması söz konusu olsun, ister özel bir iş olsun, yönetimin işe başlama noktası olaylardır. Yönetim, olayları gözlemek ve açıklamak zorundadır. Yönetimin yanımları bir çok durumlarda, gerçekleri gereği gibi değerlendirememesinden doğmaktadır. (22)

Deneyler göstermiştir ki, eldeki verilerden çıkarılmış geleceğe ilişkin hiç bir öngörüye dayanılmadığı zaman karşılaşılan yanımlar, eksik ya da konjonktürle ilgili öngörülere dayandırılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan yanımlardan çok daha büyük olmaktadır. Ayrıca, geçmişte yapılmış olan öngörme yanılgılarının nedenlerinin incelenmesi, öngörü sisteminin azar azar da olsa gelişmesine yardım etmektedir.

Kişilerin sağlığa ilişkin sorunlarının çokluk ve karmaşıklığından söz edilmişti. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin birçok elden yürütülmesi durumunda hizmetlerin niteliğinde ve halkın hizmetlerden yararlanmasında eşitsizliklerin ortaya çıkacağı da belirtilmişti. Sağlık hizmetlerini plânlama işini bu karışıklıktan kurtarmak için, sağlık hizmetlerini spektrumunun genişliği bir yana bırakılmakta ve hizmetler üç başlık altında toplanmaktadır (2) :

F.1. Kişisel koruyucu hizmetler,

F.2. Evde - ayakta tıbbî bakım, hastane bakımı,

F.3. Esenlendirme hizmetleri.

Bu ayırımdaki hizmetleri birbirinden bağımsız üç ayrı hizmet türü olarak görmemek gerekir. Çağdaş anlayışa göre hekimlik hizmetleri bir bütün olarak ele alınmaktadır. Sağlık konusuna tümelci bir yaklaşım ve sağlık hizmetinin kapsamlı olarak incelenmesi, sağlık gereksinmelerinin ortaya konması ile, gelecekteki amaçların ve sağlık insan gücü açığının öngörülmesine olanak verecektir.

tanıyıp iyileştirmek, yaralanmalar ve hastalıklar sonucu iş yapma gücü azalan kişileri esenlendirmektir. Bu genel tanımlama zorunlu olarak «Sağlık Servisleri Nedir» sorusuna (ki mâliyetin hesaplanabilmesi bu soruya verilecek karşılığa bağlıdır) her durum için ayrı bir karşılık getirmektedir. Geniş kavram olarak alındığında sağlık harcamaları beslenme, barınak, yukarda da sözü edilen eğlence harcamalarını kişilerin sağlıkları için kendi ceplerinden yaptıkları harcamaları ve daha pek çok harcamayı içine alan geniş bir kapsama erişir. Dolayısı ile sağlık harcamalarının geniş bir spektrumu vardır. Sağlık kuruluşlarını ve sağlık harcamalarını sınıflandırmak pek güç bir iştir. Ayrıca, yapılabilecek tanımlama ve sınıflamaları her ülke, hatta bir ülkenin her bölgesi için kullanabilme olanağı da yoktur. (25)

Gelişmekte olan toplumlar için kapital birikiminin önemi göz önüne alındığında, bu ülkeler için en az sağlık harcaması ile en çok hizmet elde etmek zorunlu görülmektedir. Diğer bir anlatıyla, sağlığa ilişkin kapital yatırımı ve harcamalar, üzerinde durulması, tartışılması ve kamuoyu yaratılması gereken önemli konulardır. Bunlar yapılmaksızın ekonomi kuralları ile karar vermek yanıltıcı sonuçlar verir. Çünkü «sağlık servislerine yapılan yatırım ve harcamalar, büyük kapital kuralları ile açıklanamaz.» Diğer alanlara yapılan yatırım ve harcamalarla da karşılaştırılamaz. Ancak, sağlık için yapılan yatırımın tüm yatırım içindeki oranı ile sağlık harcamalarının tüm harcamalara göre oranı, bir fikir elde etmek için karşılaştırılabilir. (24), (25) Böyle bir karşılaştırma yönünden sağlık harcamalara dört ana gruba ayrılabilir :

- a. Sağlık bakım servisleri harcamaları .
 - Hastane dışı harcamaları,
 - Hastane içi harcamaları.
- b. Halk sağlığı servisleri harcamaları.
- c. Eğitim harcamaları.
- d. Araştırma harcamaları.

E.2. Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi :

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin değerini ölçme işlemidir. Başlıca üç amaca yöneliktir :

E.2.1. Amaca yönelik etkililik : Bu tür değerlendirmede kuruluşların kendi amaçlarına ne kadar yakın ya da uzak çalıştıkları araştırılır.

E.2.2. Parasal etkililik : Kuruluşun kaynaklarını ne derecede iyi kullandıklarına bakılır.

E.2.3. Niteliksel etkililik : Verilen hizmetin ne derecede halkın gereksinmelerine ve güncel bilimsel uygulamalara uyduğu araştırılır.

Bu değerlendirmelerin yanısıra, kuşkusuz kuruluşun amacına ilişkin demografik verilerin ve halkın bu konudaki işbirliği ve istendik davranışlarının olumlu yolda ne derecede geliştiğini değerlendirmek de önemli ve yapılması gerekli işlemdir.

F. HİZMETİN PLÂNLANMASI VE YATIRIM

Niteliği ne olursa olsun, her türlü plânlama bazı kararlar almayı her karar bir ön bilgiyi gerektirir. Diğer bir anlatıyla, önce olaylara ilişkin bilgi toplanır, sonra bu bilgi değerlendirilir. İster plân ve program denen, zaman içinde sıralanmış ve düzenlenmiş bir çok kararın alınması söz konusu olsun, ister özel bir iş olsun, yönetimin işe başlama noktası olaylardır. Yönetim, olayları gözlemek ve açıklamak zorundadır. Yönetimin yanılgıları bir çok durumlarda, gerçekleri gereği gibi değerlendirememesinden doğmaktadır. (22)

Deneyler göstermiştir ki, eldeki verilerden çıkarılmış geleceğe ilişkin hiç bir öngörüye dayanılmadığı zaman karşılaşılan yanılgılar, eksik ya da konjonktürle ilgili öngörülere dayandırılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan yanılgılardan çok daha büyük olmaktadır. Ayrıca, geçmişte yapılmış olan öngörme yanılgılarının nedenlerinin incelenmesi, öngörü sisteminin azar azar da olsa gelişmesine yardım etmektedir.

Kişilerin sağlığa ilişkin sorunlarının çokluk ve karmaşıklığından söz edilmişti. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin birçok elden yürütülmesi durumunda hizmetlerin niteliğinde ve halkın hizmetlerden yararlanmasında eşitsizliklerin ortaya çıkacağı da belirtilmişti. Sağlık hizmetlerini plânlama işini bu karışıklıktan kurtarmak için, sağlık hizmetlerini spektrumunun genişliği bir yana bırakılmakta ve hizmetler üç başlık altında toplanmaktadır (2) :

F.1. Kişisel koruyucu hizmetler,

F.2. Evde - ayakta tıbbî bakım, hastane bakımı,

F.3. Esenlendirme hizmetleri.

Bu ayırımdaki hizmetleri birbirinden bağımsız üç ayrı hizmet türü olarak görmemek gerekir. Çağdaş anlayışa göre hekimlik hizmetleri bir bütün olarak ele alınmaktadır. Sağlık konusuna tümelci bir yaklaşım ve sağlık hizmetinin kapsamlı olarak incelenmesi, sağlık gereksinmelerinin ortaya konması ile, gelecekteki amaçların ve sağlık insan gücü açığının öngörülmesine olanak verecektir.

Sağlık hizmetlerinin plânlaması konusunda önerilen değişik plânlama biçimleri de şöyle özetlenebilir :

a. Merkezileştirme : Aynı tür görevleri uygulayan işlemleri bir araya getirme ve bunları, etkili sonucu elde edebilmek için, karar verecek merkezî bir otorite ya da grupta toplama.

b. Yetki ve sorumluluğu dağıtma : Aynı tür görev ya da eylemin, sorumlu görevliler arasında tam bir güç eşitliği ile dağıtılması. Bu dağıtma eylemi merkezden uzak alanlara doğru yapılır. Dolayısı ile yaptırıcı güç, işin yapılmasını sağlayacak kaynaklara yakın olur.

c. Hizmetleri ülkenin belli yerlerine toplama (Concentration) : Değişik düzeylerde merkezileştirilmiş ve toplanmış yönetim biçimini belirlemektedir. Böylece a'da uygulanan sistem, ülkenin belli bir bölgesine uygulanmaktadır.

d. Hizmetleri, ayrılmış bulunan belli bölgeler içinde yayma (Decentralization) : Bu yönetim biçimi ise, c'de özetlenen sistemin tersini uygulamayı öngörmektedir.

F.4. Plânlama konusunda başlayış noktasını temel olarak göz önüne alırsak, dört tür yaklaşımın uygulanabileceği ortaya çıkar :

F.4.1. Tümdengelimsel Plânlama (Deductive Planning) : Bu tür plânlamada politika ve amaçlar örgütün en üst basamağında hazırlanmaktadır.

F.4.2. Tümevarımsal Plânlama (Inductive Planning) : Bölgesel deneyimler, uygulamalar ve kuruluşlarca ortaya konan sorunlara çözüm bulma yöntemidir. Bu yöntemde olanakların ortaya konması daha kolay olmaktadır. Tümdengelimsel plânlamada amaçlar önemlidir. Amaca varmak için gerekli kaynakların sağlanması için olanaklar, yatırım ve harcama olarak bütçelere konmakta, bazan bütçe zorlanmaktadır. Tümevarımsal plânlamada ise kaynaklar zorlanmamakta, eldeki kaynaklarla en iyi sonucun nasıl elde edilebileceği plânlanmaktadır.

F.4.3. İzlenimci Plânlama (Impressionistic Planning) : Hekimlerin ve sağlık meslekleri sahiplerinin eskiden beri uyguladıkları sistemi yeniden düzenleme işlemidir.

F.4.4. Gerçekçi Olmayan Plânlama (Idealistic Planning) : Bu tür plânlama ise, ulaşılması güç amaçlara yönelik bir plânlama biçimidir.

Genel olarak sağlık insangücü plânlaması becerilerin ortaya çıkarılıp kullanılmasını amaçlayan bir iştir ve aşağıda belirtilen konuları kapsamalıdır (26) (27) (28) :

a. Sağlık kuruluşları için halkın istek ve gereksinimlerini incelemek ve ortaya koymak.

b. Eldeki kullanılabilir insangücünü ölçmek ve bunun etkililik ve kullanma biçimini saptamak.

c. Gelecekteki sağlık insangücü gereksinmesini saptamak ve eğilip yetiştirilmelerini plânlamak.

d. Gerek duyulan malzeme ile eldeki malzeme arasındaki açığın ne kadar olabileceğini kestirmek.

e. Bu açığı azaltacak politikayı ortaya koymak.

Yukarıda özetlenen sağlık hizmetlerini plânlama işlerinin ulusal ya da bölgesel çapta uygulanması yanında sağlık yöneticisine yüklediği görevler de önemlidir. Hizmet alan halk tarafından birinci basamakta değer olan da, sağlık yöneticisi ve personelin kendisine karşı tutumudur.

G. SONUÇ

Sağlık hizmeti kapsam yönünden, pek çok hizmeti içermektedir. Sağlık hizmetini planlayıp örgütlemek de o denli karmaşık ve kapsamlı bir iştir. Bu görevi üstlenirken ülke koşulları kadar, çağdaş hekimlik anlayış ve uygulamaları da göz önüne alınmalıdır. Böylece, ne halkın gereksinme ve isteklerinin dışına, ne de çağdaş gelişmelerin gerisine düşölmüş olur. Halkın gereksinmelerini değerlendirirken uluscu, kurulacak örgüte biçim verirken, bazan uluslararası olmakta yarar olabilir. Bu nokta, sağlık yöneticileri kadar, sağlık meslekleri sahiplerince de iyi değerlendirilmelidir.

K A Y N A K L A R

1. The Developement Of Studies In Health Manpower. W. H. O. Technical Report Series, No. 481. Geneva, 1971. pp. 8 - 10
2. Personel Health Care And Social Security. W. H. O. Technical Report Series, No 480. Geneva, 1971. pp. 6 - 10.
3. W. H. O. Technical Report Series, No. 215. Geneva, 1961, pp. 5 - 6.
4. Eren, Nevzat. : Ankara İli Yenimahalle İlçesine Bağlı Sincan Bucağı'nda Geleneksel Hekimlik Uygulamaları Konusunda Araştırma Raporu. (Çoğaltılmış araştırma Raporu).
5. Personel Health Care And Social Security W. H. O. Technical Repor Series, No. 480. Geneva, 1971. pp. 6 - 10.
6. Kalkandelen, A. Hayrettin. : Personel Yönetimi ve Yönetimde Sistemler, İlkel. şenyuva Matbaası, Ankara, 1972, Sayfa 11.
7. Eren, Nevzat : Ankara İli Yenimahalle İlçesine Bağlı Sincan Bucağında Hamilelik ve Doğumla İlgili Geleneksel Hekimlik Uygulamaları. (Çoğaltılmış araştırma raporu).
8. Feritson, Eliot : The Hospital In The Modern Society. Collier Mac Millan Limited, London, 1963.
9. şensuvaroğlu, Bedii N. : Anadolu Türklerinde Devlet Sağlık Teşkilâtına Bir Bakış. Sağlık Dergisi, cilt 37, sayı 1 - 2. Sayfa 8.

10. Uner, Ragıp. Fişek, Nusret. : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ve Uygulama Plânı Üzerinde Çalışmalar. S. S. Y. B. Yayınları No. 256. Ziraat Bankası Matbaası, Ankara, 1961. Sayfa 5 - 8.
11. Sosyal Güvenlik ve Tarım Sektörü. Türkiye Ziraat Odaları Birliği Yayınları, No. 87. Kalite Matbaası, Ankara, 1973
12. Gökce, Tefvik İsmail. : Türkiye'de Verem Savaşının Dünü, Bugünü Ve Yarını. Yaşamak Yolu, Sayı 446 - 447, Kasım - Aralık 1973. Sayfa 2 - 12.
13. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. S. S. Y. B. Sağlık Propogandası Ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü. Ayyıldız Matbaası A. Ş. Ankara, 1973, s. 125.
14. Gözübüyük, A. Şeref. : Türkiye'nin İdarî Yapısı. S. Yayını. No. 1. Sevinç Matbaası, Ankara, 1974. Sayfa 7 - 8.
15. Dirican, M. Rahmi. : Kişisel Konuşma.
16. Kazancı, Metin. : Türk Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler Anlayış Ve Uygulaması. Amme İdaresi Dergisi, Cilt 6, Sayı 3, Eylül 1973. Sayfa 75.
17. Kaser, M. C. : Health Planning As A Part Of The National Development Plân. Geneva. (Unpublished Working Document),
18. Organization Of Local And Intermediate Health Administration. W. H. O. Technical Report Series, No. 999. Geneva, 1972. p. 7.
19. Asna, M. Alâeddin. : Halkla İlişkiler. Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını. Sevinç Matbaası, Ankara, 1969. Sayfa 80.
20. Homan, George C. : İnsan Grubu. Çevirenler : Oğuz Onaran, Baskın Oran, Ünsal Oskay. Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını, No. 121. Sevinç Matbaası, Ankara, 1971. Sayfa 17 - 34.
21. Chapman, Brian. : İdare Mesleği, Avrupa'da Devlet Memurluğu. Çeviren Cahit Tutum. Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını. No. 114. Sevinç Matbaası, Ankara, 1970. Sayfa 310 - 314.
22. Gournay, Bernard. : Yönetim Bilimine Giriş - Çağdaş Toplumlarda Kamu Yönetimi. Çeviren : İhsan Kuntbay. Türkiye Ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını, No. 122. Sevinç Matbaası, Ankara, 1971. Sayfa 78 - 90.
23. Statistical Indicators For Planning And Evaluation Of Public Health Programmes. W. H. O. Technical Report Series, No. 472. Geneva, 1971. pp. 21 - 22.
24. Abel, Brian - Smith. : Paying For Health Services. A Study Of The Costs And Sources Of Finance In Six Countries. W. H. O. Public Health Papers, No. 17. Geneva, 1963. pp. 7 - 76.
25. Abel, Brian - Smith. : International Study of Health Expenditure And Its Relevance For Health Planning. WHO Public Papers, No. 32 Geneva, 1967, pp. 13 - 18.
26. Cook, Desmond, L. : Program And Evaluation Technique Application In Education. V. S. Department Of Health, Education And Welfare. Office Of Education. O. E. 12 024. Cooperative Research, Monographie, No. 17. V. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 1966.
27. Taylor, C. E., Dirican, R., Deuschle, R. W. : Health Manpower Planning In Turkey. The John Hopkins Press. U. S. A. 1968.
28. Köysel Bölge Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Metodolojisi. S. S. Y. B. Hıfzıssıhha Okulu ve Baltimore Halk Sağlığı Okulu. Tisa Matbaacılık Ankara, 1972.

Hekimlikte Çağdaş Görüşler

Açısından

Sağlık Politikası

Dr. Nusret H. FİŞEK
Halk Sağlığı Profesörü

Hekimlik hizmetlerinin halka sunulduğu, teknolojik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak değişmektedir. Bu gün vardığımız aşamayı, geçen yüzyıl ile kıyaslarsak, sağlık hizmetlerinde bir gelişme değil bir devrim olduğunu görürüz. Bu gelişmenin, bu devrimin nitelikleri aşağıdaki gibi 7 başlık altında toplanabilir.

SAĞLIK HİZMETİNDEN YARARLANMANIN İNSAN HAKKI OLUŞU

Çağımızda halkın hekimden yararlanması konusundaki görüşte önemli bir değişim olmuştur. Eskiden parası olan hastaların hekim hizmetinden yararlanması olağandı. Parası olmayanlar ise, çoğunlukla, halk hekimliği olanakları ile yetinirler ve hayrına hasta bakan bir hekim veya kurum bulurlarsa, onlara baş vururlardı. Gelenek hekimlerinin mutlu bir azınlığa hizmet etmesi idi.

Hekimlik hizmetlerinin sunulmasına yön veren görüşte büyük değişim 19. yüzyıl ortalarında başlar. Bir Fransız hekimi olan Guerin, 1846 yılında, «Medicine Sociale» adlı dergide ilk kez sosyal hekimlik terimini kullanmış ve sosyal hekimliği şöyle tanımlamıştır.

«Sosyal hekimliğin konusu, hiçbir ideoloji ve doktrine bağlı olmadan, hekimlik ile toplum arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve hekimlik hizmetlerinin toplum yararına geliştirilmesidir.»

Guerin'den bu yana, sosyal hekimlik akımının gelişmesinde Neuman, Virchow, Marx, Grotjahn, Siegrist, Parisot ve Ryle gibi düşünürlerin büyük etkileri olmuştur.

Bu kanundaki gelişmelerde en önemli aşama, 1946 yılında kabul edilen insan hakları bildirisinde ve Dünya Sağlık Teşkilâtı Anayasası'nda sağlık hizmetinden yararlanmanın bir insan hakkı olarak kabul edilmesidir. Bu hak Dünya Sağlık Teşkilâtı Anayasası'nda şöyle belirtilmiştir.

«İrk, din politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir.»

SAĞLIĞIN EKONOMİK DEĞERİ

Çağdaş ekonomistler, sağlık harcamalarının tüketim değil, önemli bir yatırım olduğunu fark etmişlerdir. Amerika'lı bir sağlık ekonomisti 1954 yılında yaptığı bir değerlendirmede A.B.D.'nde bir kişiye hayat boyu yapılan ortalama 92.270 dolar harcamaya karşı kişinin ortalama 110.000 dolarlık bir üretim yaptığını göstermiştir. Demek oluyor ki 100 dolarlık bir yatırıma karşı elde edilen artık değer sadece 19 dolardır. O halde kişinin ölmesi veya hastalanarak veriminin azalması önemli bir sermaye kaybıdır.

Bu nedenle kişilerin sağlık düzeyini yükselterek bu kayıp en aza indirilmelidir. Ekonomistlerin sağlıkla ilgilenmelerinin bir diğer nedeni de, sağlık harcamalarının, kontrol edilmediği takdirde, her ülkede hızla artması ve milli gelirden gittikçe artan bir ölçüde pay almasıdır.

Bu gerçeklerin farkına varılmasının doğurduğu sonuçta hekimlik hizmetlerinin liberal düzenden kamu düzenine geçirilmesi görüşünün kuvvet kazanmasıdır.

BİR BÜTÜNÜN PARÇASI OLARAK SAĞLIK

Toplumda sağlık sorunlarını inceleyenlerin ortaya koyduğu bir diğer gerçek de sağlık düzeyindeki farklılıkların temel nedeninin sosyal ve ekonomik etkenler olduğudur.

Sosyal hekimliğin büyük kuramcısı Grotjahn bunu şöyle belirtir :

«Bir kişinin veya toplumun sağlık düzeyini belirleyen, kişinin hastalanmasına veya ölümüne neden olan biyolojik ve fizik etkenleri oluşturan veya bunların etkisini koşullayan etkenler sosyal ve ekonomik etkenlerdir.»

Bu kavramı açıklamak için, çocuk ölümlerinin yüksek oluşunu örnek olarak ele alalım. «Ülkemizde kırsal bölgede çocuk ölümleri ne için çoktur?» Nedenlerden bir kaç önemlisini sıralayalım : Köyde çocuğu sağlığını koruyacak ve hastalanırsa tedavi edecek örgüt yoktur, ana ve baba sağlık hizmetini gerektiği şekilde kullanmağa alışmamıştır veya ekonomik güçleri yetersizdir, beslenme yetersizliği yaygındır, ülkenin sınırlı kaynaklarından hakim sınıfın daha fazla yararlanması için sağlık hizmeti satın alınacak bir hizmet olarak sunulmaktadır.

Bunların hepsi sosyal ve ekonomik olgulardır ve çocuğun yaşaması veya ölmesi sonucunu doğurur. Bu gerçeğin uygulamaya yansımaları, sağlık hizmetlerini sosyo - ekonomik kalkınmanın bir parçası olarak görmek ve o anlayışla planlayıp uygulamaktır.

KORUYUCU HEKİMLİĞİN ÖNEM KAZANMASI

Geçen yüzyıllarda hekimlik hizmeti dendiği zaman hastaların tedavisi anlaşılırdı. Bu görüş, gelişmiş ve az gelişmiş her toplumun kültürünün bir parçası olduğundan, zamanımızda da, bir değişme sürecinin yanında, süregelmektedir. Gözlenen değişimin nedeni, 19.cu yüzyıl sonlarında koruyucu hekimlik hizmetlerinin gelişmeye başlamasıdır. Kısa bir zamanda koruyucu hekimlik hizmetinin, hasta tedavi hizmetinden daha önemli ve öncelik alan bir hizmet olması gerektiği anlaşılmıştır.

Gerçekten bir çocuğu poliyomiyelite karşı aşılama felçli bir çocuğu tedaviden, bir uterus kanseri vakasını presemptomatik aşamada sitopatolojik muayene ile teşhis ve tedavinin ilerlemiş bir vakayı tedaviden daha insancıl, daha başarılı ve daha ucuz olduğu, bu örneklerin istendiği kadar arttırılabileceği, söz götürmez bir gerçektir.

Sağlık hizmetinde korumanın önem kazanmasının doğal sonucu, hekimlerin hizmet ettikleri kişinin sadece hastalar değil, tüm kişiler olması ve bunlara doğumlarından ölümlerine kadar sürekli hizmet edilme gereğidir.

Hasta bir kişi, büyük bir olasılıkla hekime muayenehanesinde veya hastanede kendiliğinden baş vurur. Sağlam kişinin periodik muayene için hekime baş vurması olasılığı ise çok azdır. Bu nedenle, hizmet verme biçimini değiştirip, halka yaşadığı yerde erişebilecek şekilde örgütlenme ve onu güdüleme zorunluğu vardır.

Değinilmesi gereken diğer bir nokta da, koruyucu hekimlik kavramındaki değişmedir. Koruyucu hekimlik, geçmişte, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile savaş hizmeti olarak başlamıştır. Bugün pek çok kimse, koruyucu hekimlik denince sadece bu iki hizmeti anlar. Bu, zamanın gerisinde kalmış bir görüş biçimidir. Bugün koruyucu hekimliğin, bu iki hizmet yanında ve onlardan daha önemli konuları halkın sağlık eğitimi, beslenme bozukluklarının düzeltilmesi, bağışıklama, ilâçla koruma, hastalıkların (örneğin, tüberküloz, kanser, diyabet ve hipertansiyon, v.b.) erken teşhis ve tedavisi ve aşırı doğurganlığın kontrolüdür.

Koruyucu hekimlik hizmetlerindeki bu değişimin neden olduğu sonuçta tedavi hizmetleri ile yukarıda sayılan kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin integrasyonu, yani bir kişi veya bir ekip tarafından bir arada yürütülmesidir. Uygulanmağa başlayan bu görüşün en çarpıcı örneği çocuk hekimlerinin çalışmalarıdır. Pediatrlar müşterisi olan çocukların hem sağlığını korur, hem de hastalanırsa tedavi eder.

HASTANEDE, EVDE VE AYAKTA TEDAVİNİN BÜTÜNLEŞMESİ

Az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkelerde tedavi hizmetlerindeki önemli fark, sağlık hizmeti az gelişmiş ülkelerde yetkin hastanelerin olmayışı değil, halkın büyük çoğunluğunun evde ve ayakta tedavi hizmetinden yoksun olmasıdır.

Gelişmiş ülkelerin böyle bir sorunu yoktur. Bu ülkelerde hastanelerin gelişmediği zamanlarda olduğu gibi bugün de herkese erişebilen ve hastalarını muayenehanede veya evlerinde tedavi eden hekimler vardır. Hasta tedavisinde, sayısal yönden büyük ağırlık da, bu hekimlerin üzerindedir. Aynı zamanda bu ülkelerdeki yöneticiler, kronik hastaların sürekli tedavisi için evde ve ayakta tedavi hizmetinin gelişmesi gerektiğinden hastaneler ile toplum içindeki hekimlerin işbirliğinin geliştirilmesine önem vermektedirler.

Hasta bakım hizmetlerinin örgütlenmesinde çağdaş görüş, ayakta, evde, hastanede ve tıp merkezlerinde tedaviyi bir bütün olarak örgütleme ve koşullar elverdiği ölçüde ayakta - evde tedaviye ağırlık vermektir. Bu yaklaşım hastaların daha iyi bakılması, maliyetin düşmesi yanında hekimlerin sürekli eğitiminin sağlanması bakımından da yararlıdır.

SAĞLIĞIN BİR EKİP HİZMETİ OLUŞU

Bir yandan tıbbın bir bilim olarak çok genişlemesi, diğer yandan hizmet edilenin hasta değil sağlam kişi oluşu, sağlık hizmetini tek kişinin yapabileceği bir hizmet olmaktan çıkarmış, bir ekip ile yapılmasını ve geleneksel olarak hekimlik hizmeti olan bir kısım işlerin hekim olmayan sağlık personeline aktarılmasını zorunlu hale getirmiştir.

SAĞLIK PERSONELİNİN SÜREKLİ EĞİTİMİNİ ÖRGÜTLEME ZORUNLUĞU

Uzun yıllar, bir hekim veya hekim olmayan sağlık personelinin okulda öğrendiklerini unutmayacağı, uygulamaya aktarabileceği ve yenilikleri takip edeceği varsayılmıştır. Son zamanlarda bu varsayımın doğru olmadığı anlaşılmıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sürekli olarak kendilerini eğitmemeleri, halkın tıbbın gelişmesinden yararlanamaması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, bu konuda çağdaş görüş sürekli eğitimin sağlanmasının hekimlerin özel bir sorunu değil bir kamu sorunu olduğudur.

SAĞLIK POLİTİKASININ İLKELERİ

Yukarıda özetlenen, hekimlikteki çağdaş görüşlerin ışığı altında sağlık politikası ilkelerinin ne olması gerektiğini gözden geçirelim.

Bu ilkeler şunlardır :

1. Hekimlik hizmeti satılan bir hizmet olmaktan çıkarılmalı, eğitim, güvenlik, adalet hizmetleri gibi bir devlet hizmeti olmalıdır.

2. Her çeşit sağlık hizmeti, halkın hizmet yapana para ödemediği yararlandığı hizmet olmalıdır.

3. Amaç, bir azınlığa yüksek düzeyde hizmet götürme değil, herkese olanaklar ölçüsünde hizmet götürme olmalıdır. Gerekiyorsa hekim olmayan kimseler de, en sık görülen hastalıkların teşhis ve tedavisi dahil sağlık hizmeti yapmak üzere yetiştirilmelidir.

4. Kişinin sağlığını ve sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen sosyal ve ekonomik etkenlerin kaldırılması ve olumlu etkenler geliştirme temel politika olmalıdır. Ancak bu politika, sağlık hizmetini geliştirme çabalarının alt yapı değişmesinden sonra ele alınabileceği anlamına gelmemelidir.

5. Koruyucu hekimlik hizmetlerine, özellikle halkın sağlık hizmetleri ile ilgili konularda eğitime, öncelik verilmelidir.

6. Ayakta, evde, hastanede ve tıp merkezlerindeki hasta bakım hizmetleri birbirini destekleyecek ve tamamlayacak şekilde örgütlenmelidir.

7. Toplum içinde kişiye yönelik koruyucu hizmetler ile evde - ayakta hizmetleri, bir örgüt tarafından yürütülmeli ve bu örgüt üyeleri hizmet ettiği halk ile bütünleşmelidir.

8. Sağlık hizmetleri, sıkı ve sürekli bir denetimin yapıldığı bir ekip hizmeti olarak örgütlenmelidir.

9. Devlet, hekimler dahil, tüm sağlık personelinin sürekli eğitimini sağlamaktan sorumlu olmalıdır.

POLİTİKANIN UYGULANABİLİRLİĞİ

Bilimsel yönden doğru olan bu ilkelere göre saptanacak sağlık politikası ülkemizde uygulanabilir mi?

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunu dikkatle inceleyenler kanunu hazırlayanların yukarıda belirtilen ilkelere hareket ettiğini görür. Bu kanunun, hükümetler tarafından başarı ile uygulanamadığı da bilinen bir gerçektir. Etimesgut Sağlık bölgesindeki uygulama sonuçları uygulanamamanın nedeninin insan gücü yetersizliği veya finansmanın devlet gücünü aşmasından ileri gelmediğini göstermiştir. Başarısızlığın nedeni bu politikanın hakim sınıfın çıkarına ters düşmesidir.

Ülkemizde akılcı bir sağlık politikasını uygulayabilmek ve herkese sağlık hizmeti götürme vaadini yerine getirmek için halkın çıkarını hekimlerin ve mutlu azınlığın çıkarından üstün tutacak bir iktidara, halk iktidarına gerek vardır.

Yeni Anlamda Sağlık Hizmeti ve Bu Hizmetin Gerektirdiği Hekim Tipi

Prof. Dr. Nevres BAYKAN

YENİ ANLAMDA SAĞLIK HİZMETİ :

Kalkınma plânında sağlık hizmetinin ana ilkesi «ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi» olarak kabul edilmiş ve bununda halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilerek sağlanabileceği belirtilmiştir.

Bu gün artık sağlık hizmeti Hasta - Hekim ilişkisinden çok daha geniş bir ufka yapılmaktadır. Çünkü, sağlık hizmetinin sadece hastaya değil esas olarak sağlam'a götürülmesi gerekmektedir. Bu hizmetin kapsamında, hekimlik, istatistik, eğitim, yönetim, mühendislik, ekonomi ve sosyal çalışmalar gibi, çeşitli bilimsel disiplinlerin sentezi ile çözülebilecek, sağlık sorunları yer almaktadır. Tek kişi bütün bu alanlarda bilgi ve beceri sahibi olamayacağı için bu gün sağlık hizmeti uygulaması bir ekip tarafından yürütülmektedir.

Değişen toplum koşulları sağlık alanında da yeni yeni gereksinimler getirecektir. Bu günün sorunları yerine yarın başkaları gelecektir. Bu da, toplumun yakından izlenmesi (toplum içi araştırmalar yolu ile) ve buna göre gerekli tedbirlerin uygulama alanına konulmasıyla çözümlenir.

Diğer bir noktada bu hizmetin uygulanmasında ele alınacak politikanın esaslarıdır. Sağlık hizmeti bilime dayalı teknik bir hizmettir. İlk bakışta bunun politika ile ilişkisi garipsenir. Fakat sağlık hizmetini kendilerine götürdüğümüz toplum grupları örneğin doğunun kırsal bölgelerinde yaşayan toplum kesimi ile batının sanayi kesimini oluşturan toplum grupları aynı yaşam düzeyinde değildirler. İşte bunun için bu ortamda yapılacak teknik bir uygulamada dahi politikanın yardımına gerek vardır.

Sağlık Politikasının Esasları :

Sağlık hizmeti en uç toplumlara kadar götürülecektir.

Sağlık hizmeti eşit ve ücretsiz olarak uygulanacaktır.

Sağlık hizmeti yeterli olacaktır.

Sağlık hizmetine halkta katkıda bulunacaktır.

Bu açıklamaları bir cümlede toplarsak, topluma götürülecek sağlık hizmeti; «mültidissipliner bir temele dayanan polivalan (çok yönlü) bir uygulamadır ve bir ekip tarafından yürütülür.

Bu Hizmetin Gerektirdiği Hekim Tipi :

Burada açıklanan hekim tipi toplumla ilk ilişkiyi kuran ve büyük kitlelere hizmet götüren hekimdir. Toplumumuzun büyük çoğunluğu kırsal koşullarda yaşamaktadır. Köy sağlık örgütünden tedavi hizmetleri yanında ve hatta onlardan daha önemli olarak halkın sağlığının korunması ve toplum kalkınmasında liderlik gibi sosyal hizmetler de beklenmektedir. Bu da ancak bu örgütte görev alacak personelin modern hekimlik doktrinini benimsemeleri ve hekimliğin sosyal cephesinde de gereken hizmetleri yapacak bilgileri kazanmaları ile mümkün olur.

Toplum içi sağlık hizmeti uygulayan bir hekimin günlük çalışmalarının büyük bölümünü içinde çalıştığı toplumun demografik özelliklerini tanımak, hastalık ve ölüm bakımından yüksek risk taşıyan (0 - 6) yaş grubu ve gebelerin periodik kontrollerini yapmak, bulaşıcı hastalıklarla savaşmak, çevre sağlığı tedbirlerini yönetmek, toplumun dengeli ve yeterli beslenmesi için gerekli çalışmaları başlatmak ve sürdürmek, toplum içi araştırmalar yapmak, sorunların öncelik sırasını tayin ve yapılan çalışmaları değerlendirmek için istatistiki işlemleri uygulamak ve yapılan bu çalışmalarda toplumun yardımını sağlamak için ona sağlık eğitimi yapmak, oluşturur. Yine bu hekimin günlük çalışmalarının diğer bir bölümü sağlık ocaklarında ve aile yuvalarında infeksiyon veya infeksiyon dışı hastalıkları kendi sorumluluk çerçevesinde tedavi ve izlemektir. Çalışmalarının üçüncü bölümünde sağlığından sorumlu olduğu ailelerin sosyal alandaki sorunlarını çözmek için yardımcı olma çabaları oluşturmaktadır.

Bu üç tip çalışmaya tüm sağlık hizmeti diyoruz. Tüm Sağlık hizmeti = (Koruyucu sağlık hizmeti) + (iyi edici sağlık hizmeti) + (sosyal hizmet) demektir. Sahadaki çalışmalarda bu üç hizmet bir ve beraber yürütülür. Tüm sağlık hizmeti sadece tek başına hekimin değil, hekim ve ekibinin üretebileceği bir hizmet şeklidir.

Yeni anlamda sağlık hizmetinin gerektirdiği hekim tipini özet olarak; «sağlığı koruyacak, araştırma yapacak, erken teşhis ve tedavi metodlarını uygulayacak ve bağlı olduğu ekibin liderliğini, eğitimciliğini ve yöneticiliğini yapacaktır.» şeklinde tanımlayabiliriz.

Muhakkakki sağlık alanındaki gereksinimlerin karşılanması sadece istenilen tipte hekim yetiştirilmesiyle elde edilemez. Ancak ekonomi, insan gücü ve yasal faktörler arasında hekim eğitiminin önemli bir yeri vardır.

Toplumun değişmekte olan sağlık alanındaki ihtiyaçları ve bunları karşılamak için yetişen her kademe sağlık personelinin eğitimi, aralarında sağlanması gereken iki değişkendir. Bu uyumun sürekli olması sağlanmalı ve devam ettirilmelidir.

Halk Sağlığı

Hizmetlerinin Yürütülmesinde

Laboratuvarların Yeri

Bakt. Dr. MV. Necmettin ALKIŞ

Halk sağlığı hizmetleri, matematiksel ifadelerle anlatım bulduğu taktirde, hizmet olma niteliğini alabilir ve değer taşır. Kuşkusuz, gözlemlerin istatistik verilerle değerlendirilmesi hernekadar mümkün ise de, kanımızca yeterli olmaz. Yeterlilik, günümüz hekimliğinde, laboratuvar bulguları ile bir anlam kazanabilir. Laboratuvar bulguları ise, multipl disipline bir hizmetin son aşamasıdır. Özellikle enfeksiyonlar açısından, halk sağlığını etkileyen veya etkileme olasılığı olabilen olaylar laboratuvar muayene ve kontrolleri sonucu belirlenebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve başarıya ulaşmasında laboratuvar örgütü ve laboratuvar hizmetleri başlıca rolü oynar. Kuşkusuz burada, laboratuvarın ve laboratuvarcının tarafsız olması ve bazı etkilerden uzak olması gerekir. Tarafsız, olayların etkisinde kalmayan ve ancak etmene yönelik bir çalışma içerisinde bulunan laboratuvar ve laboratuvarcı halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi yönünden başarılı olabilir. Halk sağlığı hizmetleri içerisinde, laboratuvar hizmetlerinin tek yönlü ve tek bir şeye hizmet götüren bir uğraşı olarak kabullenmek, son derecede sakıncalı bir düşünce tarzıdır. Halk sağlığını toplumda süregelen her olay etkiler. Bu olaylar içerisinde bulaşıcı hastalık etmenlerinin saptanması ve bunlara karşı savaşta, özellikle çeşitli yönleri kapsayan laboratuvarların yeri, son derecede önemlidir. Toplumda enfeksiyon zincirlerinin kırılmasında, laboratuvar hizmetleri devreye giremeyecek olursa, zinciri kırmağa ve eradikasyondan bahsetmeğe olanak yoktur.

Toplumda hüküm süren enfeksiyon kaynaklarının saptanması, keza iyi bir laboratuvar örgütü ve laboratuvarcı ile olur. Burada laboratuvarcının geniş görüşlü, olaylar ve konular arasındaki ilişkileri çok iyi kurabilen ve değerlendiren bir formasyona sahip olması gerekir.

Ülkemizde genellikle laboratuvar veya laboratuvarcı derken, kamu kuruluşunda hizmet ettiği yer veya mezuniyet diplomasındaki fakülte hatıra gelir. Bu sakıncalı ve en azından, ülke sağlık hizmetlerine bölücülük getiren, zarar verebilen bir davranıştan öteye geçemez.

Sağlık hizmetleri bir bütündür ve «dolaylı» veya «yan dal» olarak kabul edilen hizmetler halkın sağlığına yönelen, halka daha iyi yaşam sağlama çabasına güç veren uğraşılardır.

Eğer bir bölgede Salmonella epidemisi varsa, kuduz, şarbon, brucella, tüberküloz, leptospirosis v.b. gibi sayıları 700'ü geçen zoonotik enfeksiyonlar hüküm sürüyorsa, burada yalnız başına hasta şahısların sağıtılması yeterli değildir. Enfeksiyonun kaynağını saptamaya yönelik çalışmalar, başarılı olabildiği takdirde enfeksiyon zinciri kırılabilir. Burada her yönü ile laboratuvar konuya girememişse, modern kemo - terapötik maddelerle belki de geçici bir başarı sağlanabilecektir. Ancak her hangi bir çözümden söz edilemez; enfeksiyon problemi gereğince aydınlatılamıyacağı için sürüp gelecektir.

Bütün dünya ülkelerinde olduğu gibi, Ülkemizde de çeşitli nedenlerin yanı sıra antibiotiklerin sorumsuzca satılışı ve kullanılışı bakteri (mikrop) direncinin artışına neden olmuştur. Bu durum ise, bireylerin bir kaç antibiotiği bir arada kullanma zorunluğundan ötürü, ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Kaldı ki, hiç bir kemo - terapötüğün vücutta zararsız olduğu düşünülemez. Bireylerin her kaybının da topluma yansıdığı gözönünde bulundurulursa, hasta - hekim ilişkisini, laboratuvar hizmetlerinden soyutlamanın bilime ters düşeceği gerçeği belirlenmiş olur.

Besin maddeleri laboratuvar bulguları ile değerlendirilmeden, en azından, sağlığa zararlı olup olmadığı hakkında bir kanıya varma olasılığı yoktur. Bakteri toksinleriyle bulaşmış veya patojen etmenlerin yerleşmiş ve üremiş olduğu bir besin maddesinin durumunu — bazı saprofit bakterilere bağlı değişiklikler hariç — duyu organlarıyla saptama olasılığı da yoktur.

Böylesine kontamine bir gıda maddesi salgın hastalıklara neden olabileceği gibi, ülkeyi gerek ekonomik yönden, gerekse milli itibar yönünden sarsabilir. 1974 yılı İtalya kolera salgını, nedenlerin bir kısmı bir tarafa bırakılırsa, besin maddelerinin halk sağlığı açısından önemini belirler. Bu arada uluslararası sağlık ve besin örgütlerinin özellikle kanserojen olarak deklara ettikleri bazı boya ve katkı maddeleri ancak laboratuvar muayeneleri ile saptanabilir.

Çevre ve canlı birbirini karşılıklı olarak etkileyen ve biri birisinden ayrı olarak düşünülmeyen iki önemli faktördür. Diyebiliriz ki, çevreye bakarak o çevre insanının yapısını insanına bakarak çevreyi tahmin edebiliriz. Toplumu oluşturan bireylerin eğitim düzeyi ve alışkanlıklarının çevreye katkısı, çevrede meydana gelen doğal ve suni değişikliklerle tekrar topluma ve bireylere döner.

Toplum doğayı kirletmekte kendini sorumsuz kabul ederse, bulaşan çevre özellikle her türlü içme ve kullanma suları, yiyeceklerle tekrar

bireylere ve topluma döner. Örneğin : Sağlık Teşkilâtı, görevi olmadığı halde, bütün olanaklarını kullanarak içme ve kullanma sularının dezenfeksiyonuna yardımcı olduğu halde; kontaminasyon oranı % 39,61 dir. Burada alt yapı tesislerimizin bilimsel anlamda olmayışı, özellikle Belediye ve bazı kamu kuruluşlarının çeşitli nedenlere bağlı olarak görevlerini yerine getiremeyişleri neden olmaktadır.

Eğer o toplumda patojen barsak bakterileri oranı yüksek ise; içme ve kullanma suları aracılığı ile tekrar topluma döner ve büyük bir olasılıkla patlama (explosiv) tarzında salgınlar yapabilir. Ancak bu gibi maddelerin bakterilerle bulaşık olup olmadığı, laboratuvar kontrolleriyle ve toplumda bilinçli ve sistematik olarak yürütülecek olan, sürveyyansla meydana çıkarılabilir. Aktif ve passif sürveyyansın bilimsel verilere göre yürütüldüğü ülkelerde, salgın hastalıklar yapma karakterinde olan etmenler, çok önceden belirlenerek önlemler alınır ve toplum salgın hastalıklardan korunabilir.

Şüphe yok ki, burada iyi örgütlenmiş bir laboratuvarlar sistemine gereksinme duyulmaktadır. Alt yapı hizmetlerinin yeterli olmadığı ülkelerde ise, bu gereksinme zorunlu bir hal almaktadır. Ülkemizde kurulmuş olan 42 adet halk sağlığı laboratuvarı bütün dünyada olduğu gibi bizde de, laboratuvar branşlarına gençlerin yeterli ilgi duymamaları nedeniyle, henüz tam anlamıyla aktive olamamaktadır. Şüphe yok ki burada hekimin klinik sevgisi, popüler olma arzusu ve daha bazı nedenler rol oynamaktadır. Ülkede bulaşıcı hastalıklar ve bunlardan ileri gelen salgın sorunlarına karşı etkili ve başarılı bir savaş yapabilmenin koşulu, kuşkusuz epidemiyolojik ünitelerin organize edilmesidir. Ancak halk sağlığı laboratuvarları olmadan, bu gibi epidemiyolojik ünitelerin, etkin bir şekilde çalıştırılması olasılığı çok zayıftır.

Ülkemizde ise, bu amaçlarla kurulmuş bulunan ve üst düzeydeki yöneticilerin desteğini bulan «Halk Sağlığı Laboratuvarlarının» koruyucu sağlık hizmetlerinin dayanağı olma görevini yerine getirebilmesi için, mutlak surette ülke yararlarını meslek şövenizminin üstünde tutan bir düşünce olgunluğuna kavuşturulması gerekir. Esasen modern hekimlik iyi ve organize bir laboratuvar örgütünün bulunduğu ülkelerde mevcuttur.

KAYNAKLAR :

- Alkış, N., Aker, E. (1973). Bulaşıcı Barsak Bakterilerine Bağlı Enfeksiyonlar ve Mücadele tedbirleri,
S. S. Y. Bak. yayın No. : 427.
- Jepsen, Aa. (1969). Organization of Laboratory services. WHO.VPH/Sem./69.8
- (1965). Nutrition and Infection Wld. Hlth. Org. Techn. Rep. Ser. 314
- (1967). Joint FAO/WHO expert committee on zoonoses. Wld. Hlth. Org. Techn. Rep. Ser. 378

Ülkemizde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği

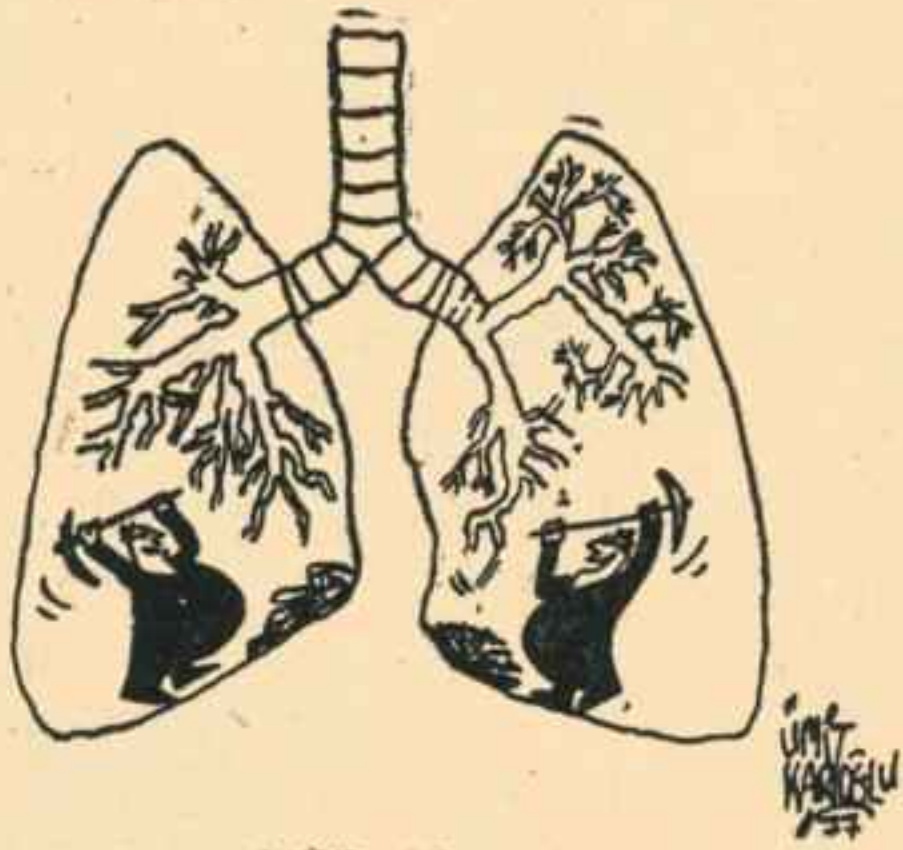
Dr. Ahmet ÇELİKKOL

Ege Ün. Tıp Fak. Psikiyatri

Kürsüsü Uzman Asistanı

Ülkemizde işçi sağlığı ve iş güvenliğinin ne durumda olduğunun, yeterli olup olmadığının tartışmasına girmeden önce, Türkiye'nin genel ekonomik, sosyal, hatta politik yapısını gözönünde bulundurmak zorundayız. Çünkü; Türkiye'nin bir bütün olarak sağlık koşulları ya da iş güvenliği yeterli değilse bu bütünün bir ünitesinin sağlıklı veya güvenli olmasını bekleyemeyiz. Başka deyişle, ülkemizde sağlık koşulları iyi ise ve iş güvenliği varsa işçi sağlığının yerinde olup olmadığını, işçi sağlığının yeterince korunup korunmadığını tartışma konusu yapabiliriz. Fakat eğer ülkemizin sağlık koşulları genel anlamda yeterli değil ve yurttaşın güvenliği yoksa, «işçi sağlığı ve iş güvenliği» de yetersiz ya da bozuk olacaktır. Konuyu bu açıdan aldığımızda, Türkiye'nin genel sağlık koşullarına kısaca göz atacak olursak, bilinen görünümü yinelemiş oluruz. Bu bakımdan, yinelemeye girmeden birkaç soru ortaya koymak ya da sorunlara değinmek uygun olacaktır :

— Ülkemizde, sağlık personeli yeterli midir? Ülkenin her bölgesine uygun biçimde dağılmakta mıdır?



— Sağlık kurumları (hastane, poliklinik, dispanser, sağlık ocağı v.b.) yeterli midir? Ülkenin her bölgesine uygun biçimde dağılmakta mıdır?

— Sayıca yeterli olup olmadığı bir yana, bu sağlık kurumları yeterli hizmet görmekte midir?

— Yurttaşlarımız hastalandıklarında, tedavi olabilecek para gücüne sahip midir?

— Ülkemizde halk sağlığını koruyucu önlemler alınıyor mu? Bunun için gerekli hatta zorunlu olan alt yapı tesisleri (kanalizasyon vb.) yeterli mi? Daha doğrusu var mı?

— Halkımız, sağlık koşulları iyi olan evlerde, köylerde, kasaba ve kentlerde oturabiliyor mu?

— Besin maddeleri, yeterli sağlık denetiminden geçiyor mu?

— Halkımız, sağlığın baş koşulu olan konuda, beslenme konusunda iyi durumda mıdır? Yeterli beslenmekte midir?

Bu soruları cevaplamak ya da bu sorunları tartışmak buradaki konumuz değildir. Fakat bu saydığımız sorulara olumlu cevap vermek de olanaklı değildir; başka deyişle bu «sorunlar» bütün ağırlığı ile ortadadır. Öyleyse «işçi sağlığı» da bu olumsuz koşullardan etkilenecektir. Daha doğrudan deyişle, bu koşullar altında «işçi sağlığı» yeterli olmayacaktır.

Konumuz içindeki diğer sorun «iş güvenliği» dir. Burada iş güvenliğini «iş kazası olasılığını ortadan kaldırma ya da en alt düzeye indirme» anlamında dar sınırları içinde almıyoruz. İşçi sağlığı konusundaki bakış açısıyla, burada da karşımıza birçok «sorular» daha doğrusu «sorunlar» çıkmaktadır.

— Türkiye’de genel anlamda «iş güvenliği» var mıdır? Öğretmenin, genel müdürün, tarım mühendisinin... iş güvenliği var mıdır?

— Ülkemizdeki iş ve çalışma koşulları, işçi sağlığına zarar veremeyecek düzeye getirilmiş midir?

Ülkemizin sağlık koşulları ve iş güvenliği konusunda bu sorunları belirttikten sonra «işçi sağlığı ve iş güvenliği» konusuna dönelim, ya da konunun özel koşullarından söz edelim.

Endüstrileşme süreci, başka deyişle endüstri kurumlarının sayılarının giderek artması, toplumun bütün ekonomik ve sosyal sınıflarını etkilemiş, yeni bir sosyo - ekonomik sınıfın doğuşuna daha doğrusu iyiden iyiye gelişmesine yol açmıştır. Bu sınıfın üyesi, 1 Eylül 1971’de çıkarılan 1975 sayılı «İş Yasası»’nda tanımı yapılan «bir hizmet akdine dayanarak, bir ücret karşılığı çalışan» işçidir (2, 4). Bu sınıf, doğal haklarını elde etmeye yönelik sendikal örgütleri ve siyasal iktidara yöne-

lik politik örgütleri ile ülkenin yönetim biçimi, sosyal, ekonomik ve kültürel yapısında etkin bir rol oynayan ve etkinliği giderek artan bir güç durumundadır. İşçi sınıfının etkinliğinin bir örneğini sosyal bilimlerin, kentlerde endüstri işçisi ile birlikte ortaya çıkıp geliştiğinin belirtilmesinde bulabiliriz (3).

Konunun boyutlarının iyice belirlenebilmesi açısından, «sağlık» tanımını üzerinde kısaca durulmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO); sağlığı, «yalnız hastalık durumunun yokluğu değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali» olarak tanımlamıştır. İşçi sağlığı, «bütün meslekte çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinin takviye edilmesi, en yüksek düzeyde tutulması, iş koşulları ve kullanılan zararlı maddeler nedeniyle çalışanın sağlığına gelebilecek zararların önlenmesi, işçinin bedensel ve ruhsal özelliklerine en uygun yerlere ve işlere yerleştirilmesi» dir (1, 5).

İşçi sağlığının tanımını belirttikten sonra, ülkemizdeki koşulların bu tanıma uygun olup olmadığını tartışabiliriz. Akla gelebilecek «sorular» daha doğrusu «sorunlar» şunlardır :

— Ülkemizde, çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali takviye ediliyor mu? En yüksek düzeyde tutuluyor mu? Bu soru hemen bu konuya ilişkin başka bir soruyu akla getirecektir : Çalışanların iyilik halinin takviye edilmesi ve en yüksek düzeyde tutulmasını bir tarafa bırakalım, işçinin sağlığı korunuyor mu? Hastalandığında yeterince tedavi ediliyor mu?

— İş şartlarının zararlı, hastalandırıcı etkenleri ortadan kaldırılıyor mu? İş yerleri bu açıdan denetleniyor mu?

Çalışanlar bedensel ve ruhsal özelliklerine en uygun yerlere yerleştiriliyor mu? Burada da gene ister istemez bir soru akla gelecektir : Ülkemizde iş arayan herkese, uygun bir iş bulsa hemen başlayacak olan



«gizli işsiz»'e, iş bulunabiliyor mu? Eğer bu sorunun cevabı «hayır» ise («evet» olması olanaklı değildir), çalışanların bedensel ve ruhsal özelliklerine en uygun işlere yerleştirildiğinden söz edemeyiz.

— Çalışanlar, hastalandıklarında yeterince tedavi görebiliyorlar mı? Sosyal Sigortalar Kurumu bu konuda yeterli mi? Bu kurumda çalışan bir hekim, günde ortalama kaç hastaya bakıyor? Günde 60 - 80 hastaya bakmak durumunda olan bir hekim hastaya yeterince faydalı olabilir mi?

Bütün bu sorulara yeterli cevap alınamayacaktır. O halde yineleyelim, bütün bunlar «soru» değil, işçi sağlığını etkileyen «sorunlar»dır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına dönelim : «Yalnız hastalık durumunun yokluğu değil, bedenen ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali». Çalışanlar bedensel yönden, ruhsal yönden ve sosyal yönden tam iyilik halinde olduklarında, sağlıklarının yerinde olduğundan söz edilebilir. O halde sorulabilir : Evini geçindirmekte güçlük çeken, çocuğuna hemen ayakkabı alamayan, iş sahibi ile arasında tartışma veya anlaşmazlık bulunan, sabah işe yetişmek için 20 dakika dolmuş kuyruğunda sıra bekleyen işçi ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinde midir? Ya da işten atılma korkusu bulunan, geleceğine güvenemeyen, sağlıksız toplumsal olayların kaynaştığı bir iş yerinde çalışan işçi, sosyal yönden tam iyilik halinde midir? Bu sorulara da evet cevabını vermek olanaklı değildir. Konu burada sosyal, ekonomik ve politik boyutlar kazanmaktadır. Biz konunun bu yönünü başka tartışmaya bırakıp konuyu özetleyelim :

Bugünkü ekonomik ve sosyal koşullar içinde işçi, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlıklı olabilme ve sağlıklı çalışabilme olanaklarından yoksundur. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda burada söylememiz gereken son söz, konunun ülke düzeyinde ekonomik ve sosyal boyutlar taşıdığıdır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konusu, değindiğimiz ülke koşulları ile birlikte değerlendirilmelidir. Bu, işçi sağlığını koruma ve iş güvenliğini sağlamanın ön koşulu olarak görünmektedir.

KAYNAKLAR :

1. Akbulut. T. : İş Hekimliği ve İşyerindeki Mediko - sosyal Problemler. İstanbul Matbaası, İstanbul, 1955.
2. Aygün, İ. N. : İşçi Sağlığı ve İş güvenliği. Çağatay Yayınları 2, Ankara, 1971.
3. Çelikkol, A. : Toplumumuzda Endüstriyel Çalışma Düzenine Uyum Üzerine bir Araştırma. İşletme Fakültesi Dergisi, 2/1 : 214 - 231, 1973.
4. Çenberci, M. : 1975 Sayılı İş Kanununun Şerhi. Sevinç Matbaası, Ankara, 1972, S. 64.
5. Velicangil, S. : Endüstri Sağlığı ve Meslek Hastalıkları. Yakın ve Ortadoğu Çalışma Enstitüsü Yayını, No. 31, 1970, İstanbul 1970.

Eğitimin Beslenme Sorunundaki Yeri Ne Olmalı ?

ALİ NURETTİN GÜRSES
Ege Üniversitesi Tıp Fak. Öğr.

Bir çok uzman eğitimci, emekçi halkımızın «yeterli beslenme» yi gerçekleştiremediklerini ve kitlelere «yeterli dengeli beslenme»'nin ne olduğunu göstermekle sorunun çözümlenebileceğini söylerler. «Sömürü ve sınıf gerçeği»'ni bir kenara iterek, «öncelikle eğitim» yaygarası ile meydana boş bulan bir çok uzman eğitimcinin söyledikleri aşağı yukarı şudur :

«Önemli olan dengeli beslenmenin nasıl yapılacağını gösterebilmektir.»

Aylık geliri 2500 lirayı geçmeyip, üç çocuk büyüten, 1000 lira ev kirası verip giyim, kuşam masraflarını da göğüsleyerek mucizeler yaratan dar gelirli memurdan, topraksız köylüye, emeğini satmaktan başka gücü olmayan işçilerimize kadar, tüm emekçi halkımız, beslenme sorunuyla karşı karşıyadır. **Sorun, emekçi halkımıza özgü bir sorundur.**

«Çoğunun «boğaz tokluğuna çalışıyoruz» dediğini görürsünüz. İşte bu «Boğaz tokluğu»'yimi, yeterli beslenmeyi belirtmektedir.»

Emekçi halkımızı yetersiz beslenmenin kucağına atan etken, beslenme eğitiminin yetersizliği ise, onu bu kördüğümünden kurtarmayan da mevcut egemen güçlerin aşıladıkları bozuk eğitim ve kültürdür. Ancak, biz inanıyoruz ki, sorunu başlatan da, sorunu çözülmez hale sokan da o sözünü ettiğimiz «egemen güçlerin gerici eğitim ve kültürü»'dür. «Boğaz tokluğuna çalışmayı» kendine özgü işlev bilmiş binlerce emekçi birey, beslenmesini bir kenara iterek, kapitalist toplumun birer tüketici bireyi haline gelmiştir. Eline geçen en ufak fazladan parayı, beslenmesine değil de, örneğin egemen güçlerin kapalı kutusu haline gelen televizyona taksit yatıran, uyanmamış kitleler, beslenme eğitimsizliği içerisinde değil, bizzat egemen güçlerin o köhne eğitiminin kucağındadır.

«Sömürü gerçeği» ni göremeyen gözlere, «beslenme eğitimi» ni götürmekte direnmek, «sömürü gerçeği» ni gözlerden kaçırmaktır. Beslenme eğitimi gerekli şartlardandır. Ancak, beslenme eğitimi bir afyon gibi kullanmak; mevcut düzenin çelişki ve çarpıklıklarını gözlerden uzak tutarak düzene hizmet etmektir.

Kısacası, sorunu başlatan da, çözülmez hale sokan da, egemen güçlerin gün be gün tohumlarını attıkları bozuk eğitim ve kültürdür. Tüketici bir birey haline sokulan emekçi halkımız, sakız ve deterjan reklamlarıyla uyutulmaktadır. «Gemisini yürüten kaptan» olma sevdasıyla ve umuduyla yaşayan, bireyci bir kafaya sahip bu insanlar, düzenin çarkları altında, düzenin daha uzun ömürlü olması için kullanılmaktadır. O halde, sorun ne beslenme eğitiminin daha da yaygınlaştırılması ile çözülür, ne de fildişi kulelerde «beslenme eğitimi» üzerine yapılan açık oturumlarla, çözülür hale gelir. Ekonomik etkenleri göz önüne getirerek, «sınıf ve sömürü gerçeği»ni göz ardı etmeksizin çözüm aramalıyız. Yoksa beslenme eğitimi diyerek, havanda su döverek değil...

HEM YETERLİ, HEM DE DENGELİ OLAN BESLENME NEDİR?

Bu yazımızda bunu açıklamaya çalışacağız. En çok da, o sözünü ettiğimiz «ille de eğitim» diyen uzman eğitimcilerden yararlanacağız.

Konunun uzmanları yeterli ve dengeli beslenmenin ana hatlarını şöyle belirliyorlar; Kişi/gün)

kalori	:	2500 cal.
top. protein	:	100 gr.
hay. protein	:	40 gr.
bit. protein	:	60 gr.
Karbonhidrat	:	400 gr.
Toplam yağ	:	80 gr.
Hay. yağ	:	50 gr.
Bit. yağ	:	30 gr.
Ca.	:	925 mg
Fe.	:	22 mg
Vit. A	:	8500 İU
Vit. B	:	3 mg
Vit. C	:	135 mg

İşte bu denge sağlanmak zorundadır, yoksa dengeli bir beslenme mümkün olamaz. Bu dengeyi içeren besin tüketimi ise şu şekilde yapılmalıdır;

(Kişi/Gün)

150 gr kemiksiz et
1 adet yumurta
200 gr süt
400 gr ekmek
300 gr sebze - meyve
50 gr şeker
50 gr yağ

«Yeterli ve dengeli beslenme»'nin parasal değerini hesaplamak üzere, önce **denge tablosunu** ele alalım :

	Kalori	Protein	K.H.	Yağ	Fiyat (kr)
150 gr et	130.5	27	—	1.2	600
1 adet yumurta	140.0	11	1	10.0	125
200 gr. süt	132.0	7	10	7.0	140
TOPLAM	402.5	45	11	18.2	865

Dengeli beslenmenin denge tablosunu oluşturan besin tüketimi, kişi başına günde 865 kr. luk harcama gerektirmektedir. «Sadece yeterli olan beslenme» de ise, denge tablosunun yerini **yeterlilik tablosu** alacaktır. Amaç aynı kaloriyi, karbonhidrata dayalı olarak bitkisel kaynaklardan elde etmektir. Bu, ekonomik koşullar açısından daha kolay başatılır.

	Kalori	Protein	K.H.	Yağ	Fiyat (kr)
150 gr g. fasulya	523.5	31.5	85.5	3.0	190
100 gr patates	85.0	2.0	19.0	—	60
50 gr soğan	45.0	1.4	9.7	0.1	50
T O P L A M	653.5	34.9	114.2	3.1	300

Denge tablosu ve yeterlilik tablosu, görüldüğü gibi birbirinden farklı özellik taşıyorlar. Ortak özellikleri, mevcut beslenme şeklini temsil etmeleridir. Denge tablosu, bol hayvansal protein içermekteyken, yeterlilik tablosu, bitkisel protein ile birlikte bol miktarda karbonhidrat sağlamaktadır, hem de diğerinden çok daha ucuzdur. Yeterlilik tablosu, bu noktada «KÖTÜ VE YETERSİZ BESLENME» yi de görünür kılacaktır. Gerçek şu ki, ortada yeterli olan bir şey yoktur, ekonomik açıdan daha tutarlı, oysa sağlıklı yaşam için hiç de aranılır nitelikte değil.



«Yeterli ve dengeli beslenme» ile «sadece yeterli olan beslenme» yi oluşturan diğer ortak tüketimleri de tablolaştıralım, buradan hareketle her iki beslenme şekline ait ekonomik tabloyu da elde etmiş olacağız.

	Kalori	Protein	K.H.	Yağ	Fiyat (kr)
400 gr ekmek	1048	32.0	220.0	2.8	225
50 gr peynir	161	4.5	1.0	15.0	150
100 gr patlıcan	20	1.0	4.6	0.2	40
100 gr ıspanak	23	2.5	2.4	0.4	125
100 gr domates	18	1.0	3.3	0.2	40
50 gr hamur işi	190	6.0	37.5	0.9	75
50 gr şeker	200	—	50.0	—	45
100 gr üzüm	70	0.7	16.0	0.8	50
50 gr zeytinyağı	450	—	—	45.0	150
50 gr (diğer tahıl b.)	166	10.5	26.0	1.8	40
TOPLAM	2346	58.2	360.8	67.1	940

Her iki beslenme şekli için ortak olan bu tüketim tablosunu, diğerleriyle birleştirirsek, «yeterli ve dengeli beslenme» ile «sadece yeterli olan beslenme» nin ne olduğunu daha açıklıkla görürüz :

TABLO I

YETERLİ VE DENGELİ BESLENME TABLOSU

Kalori	PROTEİN		Karbonhidrat	YAĞ	
	Hayvansal	Bitkisel		Hayvansal	Bitkisel
2748.5	49.5	53.7	371.8	33.2	52.1
TOPLAM PR. :			TOPLAM YAĞ :		
103.2 gr			85.3 gr		

GEREKEN PARA MİKTARI : 1805 kr.

TABLO II

SADECE YETERLİ OLAN BESLENME TABLOSU

Kalori	PROTEİN		Karbonhidrat	YAĞ	
	Hayvansal	Bitkisel		Hayvansal	Bitkisel
2999.5	4.5	88.6	475.0	15.0	55.2
TOPLAM PR. :			TOPLAM YAĞ :		
93.1			70.2 gr		

GEREKEN PARA MİKTARI : 1240 kr.

Bir işçi ailesini ele alalım. Diyelim ki evin kazancı, evin erkeğinin getirdiği para ile sağlanmaktadır. İşçi ücretleri ortalaması 70 TL. dolayındadır. Yani, ele aldığımız ailenin aylık geliri aşağı - yukarı 2100 TL. kadardır. Böyle bir aileden, ayda 2275 TL.'ya patlayan «yeterli ve dengeli beslenme» göstermesini hangi yüzle isteyebiliriz? İstedığınız kadar beslenme eğitimi üzerine nutuklar çekin, bu insanları eğitmeye kalkışın, sonuç alınamayacaktır, çünkü hesap ortadadır. Aylık geliri 2500 TL.'nin altında olan binlerce işçi ailesi vardır. Bu örnek ailelerden, değil «yeterli ve dengeli beslenme», yeterli beslenme sürdürdüklerini görmek bile şüphelidir. Çoğu «kötü ve yetersiz beslenme»'nin içersinde yaşam sürmektedir.

Küçük memur kesimini ele alalım. İlkokul öğretmenlerinin maaş ortalaması 1452 TL.'dir. 11. dereceden maaşlı kamu personelinin maaş ortalaması ise 1498 TL. dolayındadır (1). Bunun dışındaki dar gelirli memurların ekonomik durumunu göz önüne biraz olsun getirebiliriz. Elinizi vicdanımıza koyarak, bu ailelerin beslenmek için ayda 2275 TL.'yı gözden çıkarabileceklerini söyleyemeyiz. Bunu söyleyebilen uzman eğitimciler, hala daha «ille de eğitim» yaygarası yapmaktadırlar.

Bir de köylülerimizin durumuna bakalım. 1969 verilerine göre tarım kesiminin ulusal gelirden aldığı pay, yılda 1637 TL., tarım dışı kesiminki ise, 2576 TL. olarak belirlenmiştir (2). Yani, tarım kesimi, tarım dışı kesimden daha az pay almaktadır.

Günümüzün, en son verilerine göre, hane başına düşen yıllık gelir 24694 TL. olarak saptanmıştır. Bu, D.P.T.'nin araştırmalarında yer alan, ortalama bir değerdir. Bu değerden hareketle, hane başına aylık gelirin 2055 TL. olduğu söylenebilir. Bu değer de ortalamadır. Üstelik, tarım kesiminin daha alt düzeyde olacağı açıktır. Bu açıdan konuya yaklaşırsak, «yeterli ve dengeli beslenme»'nin köy kesimi için sözünü etmenin bir anlamı kalmayacaktır. Bu noktada «kötü ve yetersiz beslenme» den söz edebiliriz.

Nüfusumuzun (en azından) % 85'ini oluşturan, işçi - köylü - dargelirli memurdan oluşan emekçi halkımızı ele almışken, bir de yüksek öğrenimde okuyan öğrenci gençliği aynı değerlendirmeye sokalım. Gerçek şu ki, toplumun güvencesi, yetişmekte olan gençlik kitlesidir. Diğer toplumsal sorunlarla birlikte, özel olarak beslenme sorununun çözümünde de gençliğin duyarlılığını ve günümüzdeki ekonomik - sosyal - siyasal durumlarını görmek zorundayız.

Üniversite gençliğinin büyük bir çoğunluğu (% 85'i) yurtlarda, otellerde ya da pansiyonlarda kalmaktadır. Bu öğrenciler, dışarıdan yemek, dışarıdan beslenmek zorundadırlar. Ayda 700 TL.'nin üstünde masrafı gerektiren bu beslenmenin «yeterli ve dengeli» olabileceğini düşüneme-

yiz. Oysa, öğrenci kredileri dört yıla yakın bir süreden bu yana sadece 500 TL.'dir. Kredinin diğer harcamalar da göz önüne alınarak verildiği anımsanırsa, «yeterli ve dengeli beslenme» den söz etmenin artık fazlasıyla «lüks bir istem» olduğu açıklık kazanır.

SORUN KİMİN SORUNU?

Ülke nüfusunun % 15'lik azınlık bir kesiminin, ulusal gelirin % 50'sini aldığını göz önüne getirirsek, sorunun sadece ezilen emekçi halkımıza ait bir sorun olduğunu görürüz. Görevleri «mutlu azınlığa» hizmet götürmek olan mevcut iktidarlardan, soruna çözüm beklemek anlamsızdır. Zaten beklemek hiç bir zaman sonuç vermemiştir. Üstelik, başa geçen iktidarların sürekli «zam» lar yaparak hayatı nasıl pahalaştırdıklarını göstermek için bilimsel yaklaşıma da gerek yoktur. Gene de bir örnek vermek üzere, işçi ücretlerindeki ARTIŞI gösteren bir tablo iletmek isteriz. Bu tabloda, bir işçi ücretinin, belirli dönemlerde kaç adet ekmeğe, kaç kilo et veya kaç kilo beyaz peynire eşdeğer olduğunu göstermeye çalıştık. Ve sonuçta, tüm söylentilere karşılık «GERÇEKTE İŞÇİ ÜCRETLERİNİN DÜŞMEKTE» olduğunu bulduk.

TABLO IV

Belirli dönemlerdeki işçi ücret ortalamaları ve eşdeğer olan ekmekek/et/b. peynir miktarları. (Kaynak : (3))

Yıl :	ORT. İşçi Ücreti	Eşdeğer Sayı/kg.da		
		Ekmek	Et	B. Peynir
1972	43.88	58.5	2.43	3.17
1973	51.70	51.7	2.21	3.24
1974	61.20	40.8	2.43	2.45
1975	68.00	34.0	2.25	2.53
1976	71.75	28.7	1.59	1.99

Emekçi halkımıza «BESLENME EĞİTİMİ» vermek sevdalarıyla, «günde 150 gr et, yarım kilo süt, bir yumurta tüketeceksiniz» diyen eğitimciler, havanda su dövmektedirler. Köylerimizdeki emekçi halk kesimi, % 50 olasılıkla ancak kurbandan kurbanda et yerken, memurlarımız ancak ayda bir veya iki kez et alabilirken, işçilerimiz ancak iki ayda bir etin yüzünü görmekteyken, işçilerin ve öğrencilerin yararlandıkları tabldot yemeklerde ancak öğün başına 20 gr. et düşmekteyken, bu iyimser baylar, neyin eğitimini şart koşuyorlar. Beslenmenin mi? Eğitim evet gereklidir. Gerek şarttır. Pratikte uygulanabilir olmak zordur da. Çözümü salt eğitimsizliğe bağlamak hatalıdır. Bu açıdan yaklaşım hiç bir şey getirmediği gibi, sorunun içinde bulunan halkımızı, çözümün ne olduğunu bilmekten uzak tutacaktır. Zaten bu

iyimser eğitimcilerin arkalarında gizlenen egemen güçlerin de dilediği budur. Kitleleri pasifize etmek, kadere boyun eğdirip boğaz tokluğuna çarkların altına sürmektir. Daha uzun ömür için bu zorunludur.

Ortada bir sorun varsa — ki diğer toplumsal sorunlardan asla ayrılmayan bir sorundur bu —, soruna çözümü sorunun içinde olanlar getirebilirler. ÇÖZÜM, EMEKÇİ HALKIMIZDAN YANA - ONUN TARA-FINDAN GERÇEKLEŞTİRİLECEKTİR.

KAYNAKLAR :

- (1) Türkiye'de Beslenme Sorunu
TÖB - DER yayınları, 1975.
- (2) Türkiye'de Toplumsal ve Ekonomik Gelişmenin 50 Yılı,
1973.
- (3) Besin ve Beslenme,
O. N. Koçtürk, 1967.
- (—) Besin Simpozyumu,
TUBİTAK Yayınları, 1967.
- (—) TOB Dergisi, Sayı, 9 - 10, 11 - 12
1976.
- (—) D. P. T.'nin yayınları,
D. İ. E.'nün yayınları.

**Sağlık Sorununun Kesin
Çözümü için ;
Sağlık Hizmetleri Tümüyle
Devletleştirilmelidir.**

Sağlık ve Ekonomi

Güven BİNGÖL

Sosyal Plânlama Uzmanı

Hıfzıssıhha Okulu Genel Sekreteri

GİRİŞ

Otuz kırk yıl öncesinedek sağlık ve hastalık sorunlarının ekonomi ile bağlantıları kurulamıyordu. O günlerdeki tıp, hemen hemen kişisel bir sorun olarak uygulanıyordu. Hasta ile ilgili bir sorunun çözümünde hekimlik, yalnızca doktorun kişisel ilgisi ve onun bilgi alanı içinde, bir sanat ve giderek örf - adet şeklinde uygulandı.

Yarım yüzyıldan az bir süre içinde sağlık sorunları, hissedilmeden evrimleşerek, tam kişisel olmaktan çıkıp toplum sorunlarına dönüşmüştür. Kısa sürede, sağlık sorunlarının saptanmasında önemli olan konuların; yenilmesi güç ve ürkülecek oranda büyük, Sosyal, Ekonomik ve Mali konular olduğunun bilincine varıldı. Buna sosyal, ekonomik ve mali başkaldırma veya meydan okuma da diyebiliriz.

Bu sorunları iyi bilmek ve hangi yönlerde gelişeceklerini yordayabilmek için, tıbbi bakım harcamalarının, sağlık hizmetleri maliyetlerinin çözümlenmesine ve sağlığın korunması ile ilgili diğer kamu hizmetlerinin örgütlenmesine, büyük bir gereksinim duyulmaktadır. Bu da sağlık ekonomisinin gelişmesinde, temel nedenlerden biridir.

SAĞLIK VE DİĞER SOSYO - EKONOMİK ETMENLER

Kalkınma süreci içerisinde sağlık, diğer etmenlerden ayrı düşünülemez. Sağlık, sosyo - ekonomik etmenleri etkilediği gibi, kendisi de sosyo - ekonomik etmenler tarafından etkilenir. Bunlar; hayat standardı ve özellikle beslenme, eğitim, nüfus artışıdır.

Sağlık ile eğitim arasında güçlü bir ilişki ve etkileşim vardır. Çocuğun okulundan yeterince yararlanabilmesi, yani bilgi ve beceri kazanabilmesi, yetişkinin bilgi ve becerilerini kullanabilmesi, ancak onların mental ve fizik yönlerden sağlıklı olmalarına ve genelleştirilse, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi de kişilerin sağlık alışkanlıkları ve bilgisi ile bunları uygulamalarına bağlıdır.

Sağlığın etkilediği ve etkilendiği diğer önemli sosyo - ekonomik etmenlerden beslenme ve nüfus artışını da önemle gözönünde bulundurmak gerekmektedir. Kısaca bunlara değinmek gerekirse;

Bugün gelişmekte olan ülkelerde her beş dakikada 1000 çocuk doğmakta ve bunlardan 200'ü bir yıl içerisinde hayatlarını kaybetmektedir.

ler. Geriye kalan 800 çocuktan 600'ü çocukluk devresi boyunca çağdaş tıbbi bakımdan yoksundur. Bu çocuklar aynı zamanda emzirilme sürelerinin bitiminde, açlık sorunu ile karşılaşmakta ve beslenememenin vücutlarında oluşturabileceği mental ve fizik hasarlarla karşı karşıya bulunmaktadır.

Çocuklar büyüme ve gelişme süreçleri içinde olduklarından, daha çok ve besleyici değeri olan yiyeceklere gereksinim duyarlar. Bu nedenle hastalıklara karşı çok daha duyarlı gruplardır.

Beslenme sorunu, az gelişmiş ülkelerde, beş yaş altındaki çocuk ölümlerinin en önemli nedenidir ve tüberküloz, dizanteri, kızamık vb. hastalıklar karşısında vücudun direncini çok aşağı düzeyde tutar ve bunun doğuracağı sonuçlar ise, herkesçe bilinmektedir.

Bir ülkenin sosyal kalkınmasının ölçülmesinde bebek ölümleri, üzerinde dikkatle durulması gereken en anlamlı ve duyarlı göstergedir. Bu nedenle, yüksek düzeydeki bebek ölümlerinin temeldeki nedenlerinin kavranıp, köklü önlemler getirilmesi kalkınma çabalarının etkinliğinde büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan bebek ölümlerinin nüfus artışıyla yakından ilgili olduğunu, doğumdaki yaşama olasılığının düşüklüğü nedeniyle, özellikle kırsal bölgelerde, gözlenen çok çocuk yapma eğilimi açıkça ortaya koymaktadır. Temel sorunların çözümlenmesine bağlı olarak, bebek ölümü hızında sağlanacak düşüş, bu eğilimi de etkileyerek nüfus artış hızının düşmesinde rol oynayacaktır.

Hindistan'lı yazar Mamdani'nin «The myth of population control» adlı eserinde belirtildiği gibi; «Hindistan köylüleri doğum kontrolü için önerilen herhangi bir hapi veya aygıtı istememektedirler. Aileler gelecekteki sosyal ve ekonomik durumlarını inânca (garanti) altına alabilmek için, çocuklarının tarlada çalışmalarına gereksinim duyarlar ve erken çocuk ölümleri nedeniyle (dolayı da) daha fazla çocuk sahibi olmak arzusundadırlar».

SAĞLIĞIN EKONOMİDEKİ YERİ

İnsanın sağlık koşullarının değişmesi ve bilgi düzeyinin yükselmesi, ekonomik kalkınmaya ne denli etki eder, bunun bilinmesi çok önemlidir.

İlk olarak, yetiştirilmiş bir çocuğun veya verimli bir işçinin fiyatı (maliyeti) önemli bir yatırım olup, zamansız ölümlerde bu yatırım kaybolacaktır.

İkinci olarak, sağlık programlarına yapılan yatırımın yıllık üretim ve ekonomik büyümeye olumlu katkısıdır ki, Pigou'nun deyişiyle, «İnsanların sağlığı ve bakımı için yapılan yatırımlar, bütün yatırımların içerisinde, en önemli olanıdır».

Üçüncü olarak, sağlık programları uygulanırken yapılan yatırımların gelecekte sağlayacağı hasılanın bugünkü değerinin saptanması olanak kazanmaktadır.

Verimlilik açısından hastalıkların insangücünün üzerindeki etkilerini, kısaca üç başlık altında toplayabiliriz.

1. Ölüm (işgücü kaybı)
2. Sakatlık (Çalışma zamanının kaybı)
3. Halsizlik (Çalışma anında verimlilik kapasitesi kaybı)

SAĞLIK GEREKSİNİMLERİ VE ÖNCELİKLER

Günümüzde sağlık gereksinimleri, halka açık ve uygun hizmetlerden çok daha fazla ve hızlı artış göstermekte ve bu gereksinimler milli gelirden daha hızlı büyümektedirler.

Gerçekte sağlığa ayrılan milli gelir payı bugünkü duruma göre son derece büyük idi isede, uygulanan projelerin sorunların çözümünde etkili olabildiğini düşünmek halâ olanaksızdır.

Açıktır ki, sağlık yatırımları, eğitim, barınak ve ulaşım gibi toplumun diğer gereksinimleriyle ve sağlığı yakından ilgilendiren etmenlerle de yarışma halindedir. Kaldı ki sağlık sektörünün kendi bünyesi içerisinde çözümü gereken birçok sorun ve gereksinme vardır ve bunları bir kerede karşılamak da olanaksızdır. Bu nedenle, birine öncelik verildiğinde diğerinden vazgeçilmiş demektir.

İşte bu gereksinme ve sorunların önceliklerinin saptanması Sağlık Ekonomisi çalışmaları için ikinci bir geniş alan açmaktadır.

Gerçekten de bu alan; sorunların çözümünde karar vermeyi güçleştiren geniş bir etmenler zinciri içerisindeki en uygun hedefi saptar, başarı için gereken farklı yolları bulur, değişik olanakları esaslara bağlar, bir sorunun kendine özgü yarar ve sakıncaları gözönünde bulundurularak bütün durumlar için geçerli çözüm yollarını ortaya çıkarır ve yönetsel kararlar açısından otoritelerin sorumluluğunu koşul olarak ortaya kor.

Yukardakilerin ışığı altında, ekonomik çalışmayı iki ana grup altında düşünmek olanaklıdır.

Bunlar;

- a) Bir bütün olarak yurt ekonomisi içerisinde sağlık sektörünün oynadığı rolün saptanmasına yardımcı olmak,
- b) Sağlık sektörü bünyesinde her bir örgütün görevinin belirlenmesine karar vermektir.

Birinci biçimdeki çalışma, sağlık ile topluma yönelik diğer altyapı hizmetlerini üstlenecek sektörler arasındaki seçim kistaslarının belirlenmesi çalışmasıdır.

Ancak, farklı ekonomik sektörlerce yapılan yatırımların yararlarının ölçülmesinde hiç bir kesinlik ve maliyetlerinin saptanmasında ise ortak bir ölçünün bulunmayışı nedeniyle bu çalışma şimdilik pratik olmayan bir görünüm içerisindedir.

Ayrıca, sağlık, eğitim, eğlence, işgüvenlik ve milli savunmaya yapılacak yatırımların seçiminde, siyasal amaç ve dış baskılar ekonomik düşünmeden daha çok önem kazanmaktadır.

Şu da gerçektir ki bu çalışmalara ağırlık vererek devam etmek, adı geçen zorlukları bir gün yenmek olacaktır.

İkinci biçim çalışmada ise, bütün kararlar sağlık sektörünün kendi bünyesi içerisinde alınmalıdır. Bunun hedefi, harcamalar açısından, sağlık sektörüne ayrılan paranın en iyi şekilde nasıl harcanabileceğine ve farklı çalışma alanlarına bu harcamaların ne oranda ayrılacağına karar verilebilmesidir. Örnek vermek gerekirse bunlar; yataklı tedavi, hastahane dışı tedavi, koruyucu hekimlik, rehabilitasyon, yardım gereksinen belirli bir yaş grubunun seçimi ve diğer sosyal gereksinmelerin karşılanması gibi çalışma alanları olabilirler.

Birinci ile karşılaştığında bu alan açık ve kendine özgü sorunların bütününe kapsamına aldığından görüldüğü gibi sınırlandırmak güçtür.

SAĞLIKTA ARZ VE TALEP

Bilindiği gibi sağlık, ekonomi için çok önemlidir ve toplumun sağlık için harcadığı para ise büyük bir tutara ulaşmaktadır. Önemli nokta, acaba sağlık sistemi, toplumun sağlık gereksinmelerini karşılayacak etkili bir örgütlenmeye sahip midir?

Sağlık açısından gereksinmeleri olan insanların sağlık hizmetlerine olan talepleri, ancak kaynağa erişirse, efektif talep haline dönüşür.

Talebin efektif talep biçimine gelmesinde, hastanın elde etmeyi istediği tıbbi bakımın fiyatı ile etkinliğinin çok yakın ilgisi vardır.

Eğer olanaklarda uygunluk ve eşitlik yoksa ve bakım çok pahalı ise, gereksinmeler efektif talep haline gelemeyiz.

Buna ek etmenler olarak, örneğin uzun bekleme kuyrukları veya yetersiz ulaşım ve iletişim büyük ölçüde efektif talebi düşürür. Eğer gereksinme içerisindeki insanlarla, kaynaklar arasındaki engelleri kaldırır veya azaltabilirsek o zaman sistemin etkinliğini artırabiliriz.

Gereksinmeler ne şekilde tanımlanmış ve belirlenmiş olursa olsunlar tümünü birden karşılamak olanaksızdır. Açıkça görülmektedir ki, düşünülen herhangi bir sağlık hizmetinin buradan hareketle plânlan-

ması akla uygun değildir. Burada hedef; gereksinmelerin bütünüyle saptanmaya çalışılması ve bu gereksinmeleri öncelik sırasına göre sınıflamak olmalıdır. Bu çalışmaların sosyal değer yargıları üzerine geniş olarak oturtulmasından kaçınılamaz. Bununla beraber, bu alanda ekonomi çalışmalarının sonuçlarını gözönüne almak da gerekli ve yararlıdır.

Sağlıkla ilgili seçeneklerin seçiminde yardımcı olan çeşitli çalışmalar vardır ve bu çalışmalarda ekonomik teknikler kullanılır. Bunlardan bazıları;

- İnsan hayatının maliyeti çalışmaları (cost of human life)
- Maliyet - yarar analizleri (cost - benefit analyses)
- Maliyet - etkinlik analizleri (cost - effectiveness analyses)
- Plân, program, bütçe sistemleri (planning, programming and budgeting system, PPBS studies)
- Tıbbi bakım harcamaları üzerinde çalışmalar (Medical care expenditure)

Ayrıca, farklı tedavi şekillerinin birbirleri ile karşılaştırılması, kaynakların olanaklı olan en akılcı biçimde ayrılmasına yardımcı olur. Bazı ortak seçeneklerden örneğin; koruyucu hekimlik, tedavi edici hekimlik ve araştırmalara ayrılacak kaynakların saptanması ve seçimi üzerinde önemle durmak gerekir.

Geçmişte pek çok ülke tedavi edici hekimliğe, fazla önem vermiş ve buna ek olarak tedavi edici hekimliğin ağırlık merkezini yavaş yavaş hastaneler haline getirmişlerdir. Bu hastanelerdeki çalışmaların çoğu verimli olamadan yürütülmüştür. Diğerleri kuşkusuz çalışmalara zarar vermeyecek bir biçimde kısıtlanır veya verimli hale getirilebilirdi. Örneğin, İngiltere'de (UK) hastanelerde yatan hastaların % 30'unun hastanede bulunmalarını gerektiren hiçbir haklı nedenleri yoktur.

SEÇENEKLERE GÖRE KAYNAK AYRILMASI

Kaynakların ayrılması ile ilgili olarak, tedavi edici hekimliğe, koruyucu hekimlikten daha az önem verilmelidir. Koruyucu hekimliğe yapılan harcama ile daha başarılı sonuçlar alınabilir. Buna; kitleyi bağışıklama programları, sağlık eğitimi, çevre sağlığı v.b. çalışmalar örnek olarak gösterilebilir.

Yine bu açıdan olmak üzere diğer bazı önemli sorunlara gelince; acaba çok önemli ve seçkin tıbbi olanaklar sağlayan ve çok yüksek harcamaları gerektiren, son sistem cihazlarla donatılmış, hastaneler mi yapılmalı? Yoksa, bütün topluma erişebilen ve bugün için gereksinilen bakımı verebilecek ve böylece hareketliliği sağlayacak ufak hastaneler mi geliştirilmelidir?

Bu arada personelin önemi daha az değildir. Örneğin hastane ve tıbbi gereksinimleri karşılamak için hemşirelerimiz nasıl eğitilmelidir? Personelden yeni bir paramedikal kategori oluşturulmalı mı ve eğer oluşturulursa bunların rolü ve eğitim düzeyi nasıl olmalıdır.

Tıp uygulamasının değişik biçimler göstermesi ve sosyal ekonomik yaklaşımın yararlarının gelişmesi, fazla duyarlı ve çok ivedi bir gereksinmeyi ortaya çıkarmıştır. Bu gereksinim, geleneksel tedavi edici hekimliğin birçok biçimlerinden (özellikle ve yatak tedavisi) vazgeçilmesini öngörmektedir. Çünkü kaynakların çoğu bu alana ayrılmıştır.

Gerçekte ise; bunun yerinde veya yanında, toplumu bir bütün olarak ele alıp, hastalığın erken belirtilerini bulacak araştırmalara ağırlık verecek yatırımlar yapılmalıdır.

Kıt sağlık kaynaklarının ne şekilde ve nerelere ayrılacağını saptayıp karar vermek oldukça güçtür. Ancak, ivedi bir görev için karar verirken bu kıt sağlık kaynaklarının, modası geçmiş, iyi işlemeyen ve etkisiz yöntemlerle, daha fazla harcanmamasından emin olmalıyız.

Sağlık alanında eğitim, bağışıklama, çevre sanitasyonu vb. koruyucu çalışmaların yürütülmesi kolay olup yüksek düzeyde nitelikli personeli gerektirmemektedir. Bu nedenle bir ülkede doktor sayısı yeterli değilse, yardımcı personel eğitilerek bu amaçla kullanılabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bir yandaki sağlık plânlaması ve politikası ile diğer yandaki kalkınma süreci arasında bir ilişki kurmak yararlı görülmektedir.

Sağlık, kalkınmanın önemli bir ölçütü ve ögesi olup, kalkınma süreci içerisinde, çabaların verimliliğini de etkileyen bir olgudur.

Sağlık ve eğitimdeki en önemli reformlar, diğer sosyal reformların yapılmasını da zorunlu kılar. Bu nedenle, tarımsal verimlilik artırılmalı, eğitim geliştirilmeli ve hatta en genel olarak yoksul kütleler azaltılmalıdır. Çok büyük önemi olan ulusal kalkınmanın fiziksel öğelerinden, örneğin; yollar, barınaklar ve fabrikalar için yatırım yapılmalıdır.

Açıktır ki, iyi örgütlenmemiş ve nesnel ölçütlere dayanmayan sağlık programları işgücü niteliğinin ve veriminin düşmesine önemli ölçüde etki eder.

KAYNAKLAR :

- Healt and the developing world : John Bryant
- The Economics of Health : Herbert E. Klarman
- Health culture and community : Poul and Miller
- Economics of PuPblic Health : Burton A. Weisbrod
- Family Planning on population programs : Bernard Berlson
- Health Planning and organization of Medical Case
- W. H. O. 1972

“Doktorun Raporu, Mühendisin Kazığı”

Dr. Muzaffer HACIHASANOĞLU

Halkımız, bilim adamlarının işlerine kimsenin karışamayacağı kanısını belirtmek için «Doktorun raporuyla, mühendisin kazığına kimse karışamaz...» demiştir. Sözde bir abartma vardır belki; raporlar daha yetkili kurullarca incelenebilir, gerekirse değiştirilebilir, mühendislerin çaktığı kazıklar da yer değiştirebilir; yine de bilim adamının kanısına saygı vardır halkımızda.

«Muzaffer Çevik adındaki gence, yazar Dr. Turhan Temuçin'in gizli örgüt üyesi olduğu yolunda ifade verdirmek için, işkence yapıldığı ileri sürülmektedir. Bilindiği gibi Dr. Temuçin Cuma günü devrimci öğrencilerin kaldığı yurda yapılan bir baskın sonucu, öğrencilerin üzerinden kendisine ait bir hasta reçetesi çıktığı için 10 saat kadar göz altına alınmıştır.» — Vatan Gazetesi, 26 Ocak Çarşamba —

Doktor hastasını siyasal kanılarına göre seçemez; Doktor Turhan Temuçin'e kendisi gibi düşünmeyen bir öğrenci de gelse, onu da muayene eder, gereken reçeteyi yazardı, kuşkusuz. Bir hekimi herhangi bir hastasının üstünde reçetesi çıktı diye, on saat göz altında tutmak ancak bugünkü yönetimin yapabileceği garipliklerdendir. Ama, üzerinde reçete çıkan genç devrimciymiş; hastalanmayacak mı devrimci? Muayene olamayacak mı? Sorun başka; Dr. Turhan Temuçin, toplum sorunlarına eğilen, faşizmin tırmanışına karşı duran, işkenceleri, işkencileri kınayan bir yazar; susturacaklar akılları sıra. Susmaz Dr. Temuçin'ler, aydınlıktan, yepyeni, toplumsal adaleti sağlayan bir dünyadan yana olan, yazarlar, düşünürler susamaz.

Bir yerde, bir vali, öğretmenlerin sağlık denetimine gönderilmesi işini kendi üstlenmişti. Yüzlerine bakıyor, «Sen hasta değilsin, okula...», «Sen Sağlık ocağına...» diyordu. Aynı yerin Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü de, öğretmenlere istirahat verilmemesi için genelge yayınlamıştı. Sağlık ocaklarında çalışan genç hekim arkadaşlar arasında, bu genelgeye göre davrananlar çıkmıştı. Abcés Tonsillaire'e — Ateş 39,5 —

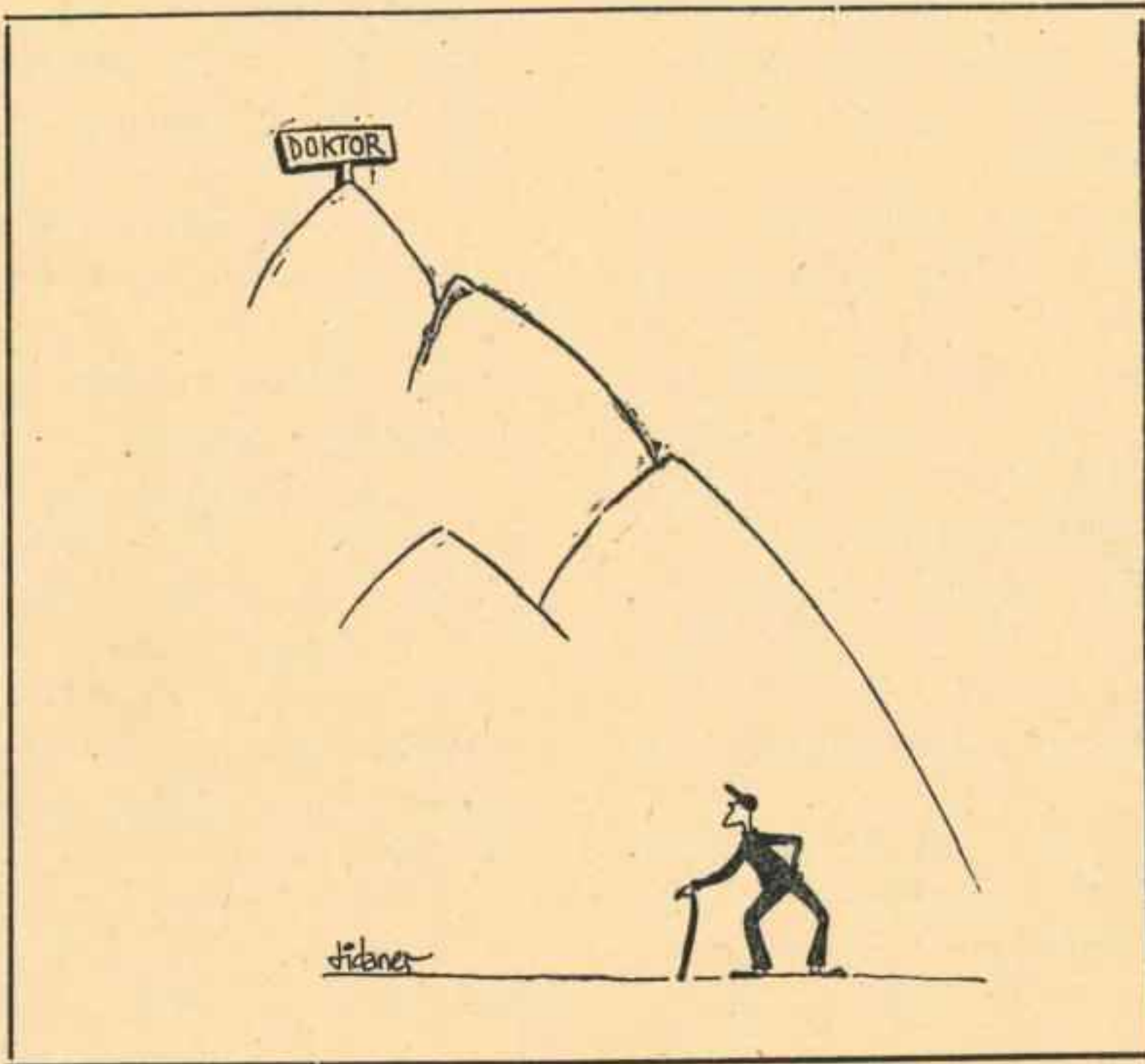
görev başı yazmıştı bir öğretmene içlerinden biri, hiç bakmadan; zaman onlara da çok şeyleri öğretecektir. Emirle yapılamaz hekimlik; başka memurluklara benzemez; bilim girer, hüner girer işin içine. Ya insancıl duygular...

Evet yine de halkımız haklıdır, «Doktorun raporuyla mühendisin kaziğine karışılmaz...»

Hekimlerimiz hastalarını, siyasal kanlarına, partilerine, toplumdaki yerlerine, ellerindeki kâğıtlara göre muayene edip reçete ve rapor yazmayacaklardır; kişilikleri vardır onların.

Devrim tarihimiz incelenirse, bir hayli hekim adına rastlanacaktır. Hekimin karşı devrimci olması, akla yakın değildir. İnsan üzüyor üzülmesine, az da olsa ırkçı olan, bağnaz olan hekim de var.

İnsana, emeğe değer veren bir düzen, sağlıklı bir toplum için, ödün vermeden, yılmadan çalışmaları gerekiyor hekimlerimizin.



HABERLER :

Fazla Mesai Ücretleri Ödenmelidir !

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu uyarınca, çalışan hekimlerin yürüttükleri görevin sürekliliği bakımından, hastanelerde nöbet tutulması bir zorunluluktur.

Ancak, günümüzde çok ağır ve gayri insani koşullarda yürütülmekte olan nöbet hizmetinin, çağdaş iş hukuku açısından ortaya çıkardığı durumu inceleyen, Ankara Tabip Odası Özlük İşleri Komitesi, konuya ilişkin yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarını, önerileriyle birlikte, başta TBMM üyeleri olmak üzere, kamuoyuna açıkladı.

Kamuoyuna açıklanan bu çalışmanın metni aynen şöyledir :

G İ R İ Ş

657 sayılı yasanın 1897 sayılı yasa ile değiştirilen 99 maddesi memurların haftalık çalışma süresini 40 saat olarak belirlemiştir. Genel nitelikte olan bu süre ; çıkarılmış özel yasalara dayanılarak hazırlanmış tüzük ve yönetmeliklerle, kurum ve hizmetlerin özelliği göz önünde tutularak aşılabılır olarak kabul edilmiştir.

657 sayılı yasanın 100. maddesi günlük çalışma saatlarını saptama yetkisini Bakanlar Kurulu'na vermiştir. Ancak 101. madde buna bir istisna getirmiştir. Burada, «Günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri Başbakanlık Devlet Personel Dairesi'nin muvafakati alındıktan sonra kurumlarınca düzenlenir» denilmektedir.

Yataklı sağlık kurumlarındaki hizmetlerin yürütülmesini düzenle-

yen, 26.11.1973 tarih ve 14724 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan «Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 40. maddesi, asistanların çalışma süresini haftada 40 saat olarak belirlemiştir. Anılan yönetmeliğin 43. maddesi, gece hizmetinin nöbetçi görevlilerce yürütüleceğini belirterek, hastane personeli için günlük normal çalışması dışında ayrıca nöbet hizmeti esasını getirmiştir.

Aynı yönetmeliğin 45. maddesinin (F) fıkrası : «Nöbet tutanlara ertesi gün görev verilmez. Ancak bunlar lüzumunda baştabibin veya nöbetçi tabibin yapacağı davete gelirler» hükmü bulunmaktadır. Pratikte ise kesinlikle hiç bir kuruluştaki izin kullanabilme olanağı bulunmamaktadır. Yaptığımız kaba bir hesaplamada, haftada bir kez nöbet tutan hekimin, ertesi gün dinlenmesi halinde, haftalık çalışma saatları şöyle olmaktadır :

Aşağıdaki örnekte de görüldü-

P.tesi	Salı	Çarş.	Perş.	Cuma	C.tesi	Pazar	Toplam
8	8	8	24 (N)	İzin	—	—	48 Saat
8	8	8	8	24 (N)	—	—	56 Saat
8	8	8	8	8	24 (N)	—	64 Saat

gü gibi, haftada bir kez tutulan nöbet, ertesi gün dinlenmek kaydıyla «haftada 40 saat çalışma» ilkesi izne rağmen gerçekleştirilememektedir. Kaldı ki ayda nöbet sayısı 10 günü aşan bir çok sağlık birimleri bulunmaktadır.

657 sayılı yasanın 1897 sayılı yasa ile değişik 178. maddesi uyarınca çıkarılan ve 13.3.1975 tarih ve 15176 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Fazla Çalışmanın Uygulama Esaslarını Gösterir Yönetmelik'in 5. maddesi, nöbet hizmetlerini fazla çalışma olarak saymamaktadır. Her ne kadar nöbet hizmetinin 657 sayılı yasanın 1897 sayılı yasa ile değişik 178. maddesindeki fazla çalışma tanımına uyduğu söylenebilirse de aslında nöbet hizmeti 657 sayılı yasanın 101. maddesinden doğmaktadır. Bu madde ; günün 24 saatında süreklilik gösteren hizmetlerde çalışan memurların çalışma saat ve şekillerinin düzenlenmesini kurumlara bırakmaktadır.

657 sayılı yasanın 178. maddesinin düzenlenişinden anlaşılacağı üzere, fazla çalışma esasen izinle karşılanacaktır. Fazla çalışmanın ücretle karşılanabilmesi için, maddede sayılan hallerden birine uyması zorunluluğu vardır. Kaldı ki bu durumda bile Bakanlar Kurulu'nca saptanacak sınırlar içerisindeki fazla çalışma ücretle karşılanacaktır.

Hekimler, çalıştıkları kurumlar değişik olsa bile, yaptıkları iş bakımından aynı hizmeti götürmektedirler. Son zamanlarda S.S.K. hastanelerinde nöbet tutan hekimle ve dış hekimlerine nöbet tazminatı uygulanması 11.11.1976 tarih ve 15760 sayılı Resmî Gazete ile başlatılmıştır. Bu uygulama hekimler arasında ayrıcalık ve büyük hoşnutsuzluk yarat-

makta ve hekimin devlet tarafından sömürüsü sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Nöbet hizmeti bir günün normal çalışma saati bitiminden başlamakta ve ertesi günün çalışma saati başlangıcına kadar sürmektedir. Yönetmeliğe göre günde 8 saat çalışan bir asistan 16 saat nöbet tutmakta, ertesi gün ise uygulanmamasına rağmen yalnızca 8 saat izin kullanabilmektedir.

HUKUKİ DURUM :

A) Yapılan fazla çalışmaların karşılığının ödenmemesi, Anayasa'nın 42. maddesiyle getirilen hükme tümüyle ters düşmektedir. Madde 42, çalışanları korumak için, devleti sosyal, iktisadî ve malî önlemleri almakla görevlendirmiş, angarya yasaklanmıştır (ANGARYA : Birine ücretsiz olarak yaptırılan iş. Türkçe sözlük, TDK, 6. Basım, 1974). Görüldüğü gibi 657 sayılı yasanın 178. maddesi Anayasa'nın 42. maddesi ile açıkça çelişmektedir.

B) Günün 24 saatında, insan gücünü aşan bir olgu ile karşı karşıya çalıştıktan sonra 16 saat fazla çalışmanın 8 saatlık — ve uygulanması olmayan — bir izinle karşılanması Anayasamızın 44. maddesiyle getirilen «Devlet, çalışanların yaptıkları işe uygun... adaletli bir ücret elde etmeleri için gerekli tedbirleri alır» hükmüne ters düşmektedir. Bu yönüyle de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 45. maddesi Anayasa'nın 44. maddesine ters düşmektedir.

ÖNERİLER :

1 — Önümüzdeki bütçe Kanunu nun sorunlarımıza geçici bir çözüm getirmesi bakımından, ilk geçici önerimiz ; bütçe yasasına, polisler maktu fazla çalışma ücreti uygulanmasını sağlayan hükme benzer bir hüküm konarak adaletsizliğin ilk elde bu yıl için düzeltilmesidir. Polislere 2000 TL. civarında bir fazla ça-

lışma ücreti verilmesini sağlayan bu hükme S.S.K. Hastanelerindeki nöbet ücreti uygulamasının getirdiği yenilik de eklenecek olursa, bütçe yasasına hekim ve diş hekimlerine verilmek üzere «Nöbet tazminatı» adı altında yeni bir ödeme yapılmasını öngören bir maddenin konulmasının ne denli önemli olduğu açıktır.

2 — Nöbet hizmetlerinin mevcut yasal çerçevede fazla çalışma sayılması ve hele ücretle karşılanması olanaksızdır. Geçerlikte olan ve zaman zaman sekteye uğrayan uygulamaya göre hesaplanan ücretin gülünç bir sayı olduğu ve istekleri karşılamadığı bir gerçektir. Yılda 200 saat fazla çalışma ücreti (saatı 12.50 TL.) 2500.00 TL brüt tutmakta ve bunun % 25'i olan 625.00 TL. gelir vergisi olarak kesilmektedir. Ma-

li denge vergisi olarak 75.00 TL. ve damga vergisi olarak da 10.00 TL.'nin kesilmesinden sonra kalan 1790.00 TL.'nin yıllık fazla çalışma karşılığı olamayacağı açıktır.

Yapılan hizmetin, hizmeti götüren kişinin, tutulan nöbetin özellikleri göz önünde tutularak ve eşit işe, eşit ücret ilkesinden hareketle şimdilik hiç olmazsa S.S.K. nöbet tazminatı ile ilgili tüzüğün tüm SSYB hastaneleri ve diğer hastanelerde uygulanması sağlanmalı ve kesinlikle sosyal adalet ve Anayasal hak olarak nöbet tutan tüm hekimlere tanınmalıdır.

Ankara Tabip Odası, tüm hekimleri ve kamuoyunu bu haklı davamızı sonuna kadar savunmada kendisine destek olmaya çağırmaktadır.

Hekimin Fazla Çalıştırılması

Başlıkta sözünü ettiğimiz sorun sadece ülkemizin hekimlerinin değil, dünyanın her yöresindeki meslekdaşların yakındıkları bir konudur. Hekimin çalışma yeri ve saatleri bir ölçüde sınırsızdır. Günün ve gecenin her saatinde hekimden mesleğini icra etmesi beklenmekte, bundan kaçınan hekim hoşgörülmemektedir.

Ters anlamalara yolaçmamak için konuyu iki yönüyle ele almakta yarar vardır. Dünyanın her yerinde hekimler çok çalışmaktadırlar, yorulmaktadırlar. Çünkü, dünyamızın her yöresinde hekim açığı mevcuttur. En gelişmiş ülkelerde bile bu eksiklik hissedilebilmektedir. Bu sorun ancak «daha fazla hekim» yetiştirmekle çözümlenebilir. Bu sorun ancak «daha fazla hekim» yetiştirmekle çözümlenebilir. «Çözümlenebilir» demiyor, ancak «çözümlenebilir» şansına varacaktır» diyoruz, çünkü konunun diğer önemli bir unsuru da sağlık hizmetinin örgütlenme biçimidir. Hangi sağlık hizmetinin hangi ölçekteki toplum birimlerine götürüle-

ceğinin plânlanıp örgütlenmediği ülkemiz gibi az gelişmiş toplumlarda, hekimin görevi «neyin ne zaman ve nerede» yapılacağının bilinmemesinden ötürü daha da ağırlaşmaktadır. Gece de üç kez «alkol muayenesi» için yatağından kaldırılan bir «hükümet tabibi»nin ertesi günün gecesi de, daha ertesi gece de benzer dertlerle uğraşması halinde hiçbir hekimin Hipokrat yemininin kutsal sözleri konusunda duyacağı şüpheyi ayıplamamak gerekir.

Demek ki, Türkiye'deki hekimlerin tıpkı dünyanın başka ülkelerindeki meslektaşları gibi «fazla çalıştıkları» gerçeğini bir ölçüye kadar kabul etmek, ülkemiz şartlarından dolayı bu konuda fazla yakınmada bulunmamak zorunluğunu kendimizde duyuyoruz. Ama örgütlenme eksikliği, bozukluğu, plânsızlık, programsızlık yüzünden hekimin zaten ağır olan yüküne daha büyük ağırlıkların eklenmesine yirminci yüzyılın son çeyreğinde tahammül et-

mek olanaksız gibi görünmektedir. Kırtasiye işlerinden başını alamayan asistan hekim, sağlık ocağının jipinin benzin faturası yüzünden müfettişe ifade veren sağlık ocağı tabibi veya basit bir tonsillit vakasına reçete yazmak zorunda kalan Kulak Burun Boğaz uzmanının kaybettikleri zaman, yaptıkları gereksiz çalışma ülkedeki «hekim açığı» ile değil, «örgütsüzlük» ile ilgilidir.

Türkiye toplumunun genel prog-ramsızlık düzeyi ile de yakından ilgili olan bu sorun, ülkemizde hekimin yakasına — özellikle kamu hizmetinde çalışan hekimlerde daha fazla hissedilir şekilde — yapışmakta, hekimler meslekî örgütsüzlüklerinin ağırlaştırdığı bir çaresizliğin içine düşmektedirler.

Tabip Odalarının çalışır hale getirilmesi, hekimlerin bu örgütler içinde etkin bir şekilde toplanmalarının önemi burada da karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin çalışma şartlarını düzenlemede, aksıyan noktaları kamuoyuna aktarmada kısacası hekimlerin kendi sorunlarına kendilerinin sahip çıkmalarında artık geciktirilemeyecek bir gereklilik vardır. Gün geçtikçe bütün dünyada hekimlik kamu hizmeti emrinde uygulanan bir meslek haline gelmektedir. Hekimlerimiz ülkemizdeki çalışma şartlarını mümkün olduğunca «kendi elleriyle» düzenlemek için örgütlenemezlerse, yakın yıllarda sayıları epeyce artacak olan «ücretli hekimler» büyük zorluklarla karşılaşacaklardır.

ATABEK " Hekimlerimiz, Tam - Süre Çalışma Yasasının Çıkmasını İstiyorlar,,

Türk Tabibler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek, sağlık personelinin sorunları konusunda yaptığı basın toplantısında ; sağlık personelinin Tam - Süre Çalışma Yasasının Meclis Komisyonlarından aylarca önce geçmesine karşın, bugüne kadar çıkartılmasının hekimleri yasal direnme hakkını kullanmaya ittiğini söylemiştir.

Dünya'da (Kapitalist Ülkelerde), Tam - Süre Yasasının çıkmasını isteyen tek hekim gurubunun Türkiye'de olduğunu kaydeden Dr. Erdal Atabek, mevcut sistemin hekimleri kamu hizmetine çekeceği yerde onları part - time çalışma ve serbest çalışma alanına doğru ittiğini belirtmiştir. Bu durumun ülkemizin genel sağlık düzeyine olan olumsuz yansımalarına dikkati çeken Dr. Atabek şunları söylemiştir :

— «Türkiye'de görev yapan 20 bin 938 tabipten ancak % 22'si Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda görev yapmaktadır. Ülkemizde normal olarak 40 bin olması gereken tabip sayısının ancak yarısının beşte biri kamu hizmetinde çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığında ve SSK'ya bağlı kuruluşlarda bir tabip ortalama olarak 150 hastaya bakmaktadır. Oysa, bu sayı 35 - 40'ı geçmemelidir... Bu durumda halk özel muayenehanelere itilmektedir.

Hekimlerin dağılışı da, sağlık hizmetlerini kötüleştiren bir neden olmaktadır. Mahrumiyet bölgeleri ile ilgili önlemlere açık bir gereksinme vardır. Sağlık alanında çalışan 100.000 kişi ve aileleri bu haklı ilgiyi beklemekte ve bu bekleyiş haklı bir tepkiye dönüşmektedir.»

Tam - Süre Çalışma Yasa Tasarısı Eleştirisi

GİRİŞ

Tam - Süre Çalışma, hekimlerin tüm emeklerini kamu hizmetine vermeleri ve buna karşılık ücretlerini devletten almaları demektir. Sağlık sorununa toplumsal açıdan bakıldığında, hekimlerin ve tüm diğer sağlık personelinin, kamu hizmetinde ve tam, süre çalışmaları zorunludur. Ancak böyle bir uygulama, sağlık hizmetini ticaret metaı niteliğinden kurtarır.

Ülkemiz koşullarında tüm hekimlerin, devlete bağlı sağlık kuruluşlarında tam - süre çalışmalarını sağlamak olanağı yoktur. Çünkü, yasal olarak hekimin serbest çalışma hakkı vardır. Yani hekim, isterse tümüyle kendisi için çalışabilir. İsterse, devlete bağlı bir kuruluştaki çalışırken aynı zamanda özel çalışabilir. Sözü edilen ikinci durum da hekimlere tanınan bir haktır.

Böyle çalışan hekimler, devlet kuruluşlarını kendi çıkarları doğrultusunda kullanabilirler. Şimdiye değin sürdürülmüş olan bu uygulama giderek devlet kuruluşu için harcanan zamanın azalmasına, muayenehanede geçen zamanın artmasına ve hastane olanaklarının kişisel çıkarlara yönelik olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Bu durum aslında salt özel hekimlik yapanlara göre daha kötü bir uygulamaya neden olmaktadır. Çünkü devletin sağlık kuruluşları, devlet adına çalışan hekimlerce kendilerinin yararına yönelik olarak kullanılmaktadır. Örneğin, pratikte herhangi bir hastanın bir devlet hastanesine yatabilmesi için özel muayenehaneden geçmesinin gerektiği hepimizin malumdur. Aynı durum bazı üniversite hastaneleri için de geçerlidir.

Hekimliği ve sağlık hizmetini ticaret ve meta olarak görmeyen, böyle

bir düzende çalışmak istemeyen hekimler 1950'lerden beri bu sistemi eleştirmişlerdir. Bu arada tam - süre çalışmaya özendirmek ve böyle çalışanların ekonomik haklarını savunmak için mücadele vermişlerdir. 1965'te bu mücadelenin sonucunda tam - süre çalışma yasaları çıkarılmıştır. İsteyenin kabul etmesi koşuluyla maaş tavanının % 93'ü olan 2.500 TL. ödenek tavanı onaylanmıştır.

Zamanımıza değin sürdürülen bu uygulama bu süre içinde yozlaşmış, anlamını yitirmiştir. Çünkü, tam - süre çalışma ödenekleri döner sermaye gelirleriyle karşılanmakta, bu da halkın ödediği ücretlerle sağlandığından tepkiye yol açmaktadır. Ayrıca, getirilmiş olan özel hasta statüsü uygulamayı daha da kötüleştirmiştir. Çünkü hekim muayenehane açmak güçlüğünden de kurtularak yüksek ücretle hasta bakmakta, buna karşılık döner sermayeden pay almaktadır.

Üçüncü bir konu, tam - süre çalışma ödeneginin 12 yıldır aynı düzeyde kalmasıdır. Verilen ödenek tavanı artık 1965'teki değerini önemli ölçüde yitirmiştir.

YASA TASARISI

TBMM gündeminde olan ve üç yıldır bekleyen Tam - Süre Çalışma Yasa Tasarısı, bu aksaklıklar sonunda ilerici hekimlerin de baskısıyla hazırlanmıştır. Fakat hazırlanıp parlamentoya sunulan tasarı yeterli olmaktan çok uzaktır.

Meclis Bütçe Plân Komisyonunda son biçimini alan tasarı, sağlık ekibinin üyeleri arasında ayırım yapmaktadır. Ve değişik kesimlere verilmesi öngörülen ödenek oranları değişmektedir. Oysa bilindiği gibi sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Ekibin bir üyesinin yokluğu ya da hizmeti aksatması

hizmetin tümünü aksatır. Bu nedenle ekibin her üyesi aynı derecede değerli ve gereklidir. Sonuç olarak tam - süre çalışma ödenekleri de eşit olmalıdır.

Yasa Tasarısının 2, 3, 4, 5 nci maddeleri her kesime ne kadar ödenek verilebileceğini belirtmektedir. Yani verilecek ödeneğin üst sınırları belirlenmekte, alt sınır konusunda bir yaptırım getirmemektedir. Verilecek ödeneğin oranlarını, SSYB bir yönetmelikle saptayacaktır. Bu durum uygulamada çeşitli aksaklıklara yol açacaktır. Tabanın çok düşük tutulması olasılığı vardır.

Yasa Tasarısı kapsamına giren en büyük kurumlar çeşitli Devlet Kuruluşları ve Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Tasarının birinci maddesi tam - süre çalışmayı bu kurumlarda çalışan hekimlerin isteğine bırakmıştır. Yasa Tasarısı bu açıdan hiçbir yenilik getirmemektedir. Kamu kuruluşlarında ve aynı zamanda serbest çalışan hekimler, devletin olanaklarından kendi amaç ve çıkarları doğrultusunda yararlanmayı sürdüreceklerdir.

Tasarının yedinci maddesi ise tam - süre çalışmak isteyen ve yasa kapsamına girecek olan hekimler için benzer bir uygulama öngörmektedir. Bu maddeye göre hekimler ve diğer uzmanlar, «.. mesai saatleri dışında bağlı bulundukları kurumları adına ve hizmet yerlerinde özel meslek icra edebilirler.»

Böyle bir uygulamanın koşulları, hekime ne yarar sağlayacağı belirtilmemiştir. Eğer hekimin tam - süre çalışma ödeneğini alabilmesi için bir zorunluluk olarak ileri sürülürse hekimin fazla çalışmasına ve sömürülmesine yol açacaktır. Eğer hekim kârdan pay alacaksa sistemin yozlaşmasıyla sonuçlanacaktır.

Sonuç olarak Tam - Süre Çalışma Yasa Tasarısı kamu kesiminde ve ücretle çalışan hekimlerin gelirlerini biraz artırıp durumlarını biraz düzeltmekten başka yarar sağlamayacaktır.

Çünkü tasarı hiçbir kalıcı önlem ya da yenilik getirmemektedir.

ÖNERİLER

Tam - Süre Çalışma sistemi mutlaka yerleştirilmeli, ilgili yasa mutlaka çıkartılmalıdır. Bunun için mücadele, sağlık sömürüsüne katılmak istemeyip emeğiyle geçinen hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ekonomik haklarını savunmanın bir bölümüdür. Aslında tam - süre çalışma ilkelerinin gerçekleştirilmesi emekçi hekimlerin sorunlarının çözümü değildir. Fakat desteklenmesi gereken bir aşamadır.

Tam - Süre Çalışma uygulamasının emekçi hekimler ve toplum yararına işletilebilmesi için önerilen yasa tasarısında değişiklikler yapılması, tasarının ileriye doğru geliştirilmesi zorunludur. Yasa uygulamasının sorunları bir ölçüde çözümleyici ve kalıcı olabilmesi için şu öneriler gerçekleştirilmelidir.

1. Tam - Süre Çalışma Yasası kamu kesiminde ve üniversitelerde çalışan tüm hekimleri ve diğer sağlık personelinin kapsamına almalıdır.

2. Yasa kapsamına giren hekimlerin herhangi bir biçimde özel çalışma olanağı olmamalıdır.

3. Tüm Sağlık Personeline verilecek ödeneklerin eşitliği ilkesi sağlanmalıdır.

4. Ödenekler döner sermayeden değil, tümüyle genel bütçeden karşılanmalıdır.

5. Ödenekler, koşullara uyabilecek değişken bir ölçüye bağlanmalıdır.

6. Uygulama alanına giren tüm kuruluşlarda aynı ilkeler geçerli olmalıdır.

Daha önce de değinildiği gibi, tam - süre çalışma uygulaması tek başına, ne emekçi hekimlerin ne de toplumun sağlık sorunlarının çözümü demek değildir. Fakat sorunların bir ölçüde çözümüne yönelik bir girişim olarak savunulmalı, desteklenmelidir. Özellikle yukarıda belirtilen önerilerin gerçekleştirilmesi önemli bir aşama olarak değerlendirilmelidir.

Pratisyen Hekimlerin Omuzlarındaki Yük ve Sorumlular

Günümüzde halk yararına geniş kitlelere en yakın ve en verimli sağlık hizmeti götürmeyi amaçlayan ülkeler, pratisyen hekimin önderliğini yaptığı birinci basamak sağlık örgütlenmesine büyük önem vermektedirler. Geri kalmış veya gelişmiş ülkelerde hastalıkların %85'inin birinci basamak sağlık tesislerinde teşhis ve tedavisinin mümkün olduğu yapılan araştırma ve uygulamalarla saptanmıştır.

Türkiye yapısal olarak bir tarım ülkesidir ve nüfusunun büyük bir kısmı kırsal kesimde dağınık yerleşim ünitelerinde yaşamaktadır. Genel sağlık politikası, bu yoğunluğun hizmetten maksimum ölçülerde yararlanmasına yönelik olmalıdır. Ülke sağlık politikasını yönetenler her ne kadar bu gerçeği savunur görünüyorsa da uygulama bunun tam tersi yönde gelişmekte, on yıl önceki rakamların geçerliliğini koruması ve giderek daha büyük boyutlara ulaşması bir rastlantı sonucu olmamaktadır.

tilmiştir. Bu dengesizlik yardımcı sağlık personeli için de geçerlidir. 1971 yılında hemşirelerin % 44'ü, sağlık memurlarının % 40'ı ve ebelerin % 24'ü üç büyük şehirde bulunmaktadır.

Ayrıca hekimler içerisinde uzmanlaşma oranı % 65'in üzerindedir. Pratisyen olarak çalışmak bugünkü koşullarda çoğunlukla mecburi hizmeti ödemeye güçleri yetmeyen hekimlerin yapmak zorunda kaldığı bir iş gibi görünmektedir. Uzmanlaşmayı kamçılayan nedenler genelde ülkemizde emekçi yığınların aleyhine işleyen çarkın bir sonucudur. Tablodaki sonuç 20 - 30 bin kişiye gereğinde bir hekim düştüğünü göstermektedir. Çoğu zaman bu bir pratisyen hekimdir. Sağlık ocağı veya hükümet tabipliği, adli tabiplik ve belediye tabipliği görevi aynı kişinin yürütmekte olduğu görevler arasına girmektedir. Birinci basamak sağlık örgütünde çoğu pratisyenin görev almak istemeyişinin nedenlerini sıralamak gerekirse :

1 — Sağlık personelinin nicel ve nitel yetersizliği,

TABLO : TÜRKİYE'DE HEKİMLERİN 1965 YILINDAKİ DAĞILIMI (I)

Yerleşme yeri	Yerleşme yeri	Toplam	Nüfus	Hekim sayısı	Bir hekime düşen
nüfusu	sayısı				nüfus
0 - 10.000	30.059	22.048.415	956	23.063	
10.000 - 25.000	122	1.879.265	726	2.592	
25.000 - 100.000	63	2.755.065	1495	1.843	
100.000	14	4.708.676	7335	642	

1971 yılında hekimlerin % 69'unun nüfusun % 11'inin oturduğu Ankara, İstanbul ve İzmir'de olduğu belir-

2 — Araç gereç ve teknik olanaksızlıklar,

3 — Hizmet içi ve görev başı eği-

timinin yapılamaması, hekimin gide-
rek kendisini yetersizlik ve günlük
işlerin içerisinde boğulmuş olarak
görmesi,

4 — Sağlık hizmetinin yörede di-
ğer hizmetlerle integrasyonu sağlan-
madığından hekimin kendi sorumlulu-
ğu içinde olmayan nedenlerle başarı-
sız duruma düşmesi, pratisyen hekimin
uzmanlaşmak için kendisini haklı bu-
lacağı gerekçeleri yaratmaktadır. Bü-
yük sağlık tesislerinin üç büyük ken-
te yapılması uzman olan hekimlerin
bu kentlere akımını kolaylaştırıcı bir
neden olmaktadır.

Görülen ve uygulamadan çıkan
sonuç o ki, sağlık hizmeti kitlelere ge-

reksinimi olduğu en yakın yerde ve
en ucuz yöntemlerle verilememekte,
adeta belli merkezlerden büyük pa-
ralar karşılığı ithâl edilen bir mal du-
rumundadır. Hekim ve yardımcı sağlık
personelinin maksimum çabaları sağ-
lık düzeyinin yükselmesinde belli bir
noktaya kadar etken olabilmekte, çağ-
daş anlamda sınıflar arasındaki sos-
yo ekonomik dengesizlik giderilmedik-
çe hekime normalin çok üstünde öde-
melerde yapılırsa hizmetin nitel ve nicel
yönden gelişmesi beklenemez.

Kaynak : (I) Halk Sağlığında 50 yıl

Prof Dr. H. N. Fişek

Prof. Dr. R. Dirican

Kamu Sağlık Kuruluşlarında Hekimlerin Eğitimi

Sağlık örgütünün her kesiminde ça-
lışan hekimlere ve diğer sağlık perso-
neline sürekli eğitim uygulamak bir
zorunluluktur. Bu, sağlıkla ilgili çağ-
daş ilkelerin en önemlilerinden biri-
dir. Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında
eğitime verilen yer ve önem nedir ?

Bu soruya olumlu yanıt verebil-
mek olanağı yoktur. Eğitime verilen
yer, üniversite hastaneleri de dahil ol-
mak üzere, yok denebilecek kadar az-
dır. Çünkü eğitim verecek kişinin za-
manının önemli bir bölümünü bu işe
ayırması gerekir. Bizim sağlık kuru-

luşlarımızda eğitim verebilecek düze-
ye gelen kişiler başka bazı özellikler
de kazandıklarından eğitim için ayıra-
bilecekleri zaman son derece kısıtlı
olmakta, sıklıkla da hiç olmamaktadır.

Oysa, hekimlerin eğitiminin en et-
kili ve yararlı olan hizmet içi, görev
başı eğitimidir. Hastane vizitlerinin eği-
tici nitelikte olması, eğitici durumda
olan kişiyle eğitilen kişinin birlikte ça-
lışması, birlikte hasta bakıp tartış-
ması gerekir.

Eğitici düzeye gelen hekimlerin e-
ğitim için yeterli zaman ayırabilmele-
ri için, tüm kamu sağlık kuruluşların-
da çalışanların, tam - süre çalışmaları,
zamanlarının tümünü kamu hizmetine
ayırmaları gerekir. Kamu kuruluşla-
rında özel hasta bakımı sürdükçe ve
üst düzeydeki hekimler kamu kuruluş-
larını kendi çıkarları için kullandıkça
hekimlerin eğitimi sorununa çözüm bul-
mak olanağı yoktur.

12 Mart'tan Bu Yana Memurlar Yarı Yarıya Yoksullaştı

İSTA Haber ajansının yapmış olduğu araştırmaya göre, 1970-1976 döneminde memur maaşlarının, fiat artışlarının çok gerisinde kaldığı ortaya çıkmaktadır. Bilindiği gibi, 1970 yılında 7 olarak saptanan memur maaş katsayısı 1974'de 8'e 1976'da 9'a yükselmişti. Millet Meclisi Bütçe Plân Komisyonu yaptığı uzun tartışma ve araştırmalardan sonra, katsayıyı bu yıl için 11 olarak saptadı.

1970-1976 yılları arasında katsayı artışları ile, memur maaşları % 22 ile % 79 arasında artış göstermiştir. Oysa aynı dönemde üç büyük şehrin geçinme endeksleri, fiyat artışlarının % 188 oranında arttığını göstermektedir. Bu durumda memurların maaş artışlarının, fiyat artışlarını 5-6 kat geriden izlediği ortaya çıkmaktadır.

Millet Meclisi Bütçe Plan Komisyonunun almış olduğu karara göre, katsayı 11 olarak uygulamaya konulsa dahi memur maaşlarının, fiyat artışlarının çok gerisinde kaldığı gerçeği değişmemektedir.

Memurların satınalma gücünün düşmesi, yaşama düzeylerinin gerilemesi bakımından 1970-1974 yılları arasında yaşam pahalılığı İstanbul'da % 94, Ankara'da % 88, genel toptan eşya fiyatları ise % 116 oranında artarken, memurların maaşları 1974 Martına kadar aynı kalmış ve böylece özellikle ek ödeneklerden ya-

rarlanmayan küçük memur kitlesi yarıyarıya yoksullaşmıştır.

Memurlar için en kötü dönem durumunda olan ve fiyatların, maaşların önünde başdöndürücü bir hızla koştuğu 1970-1974 döneminden sonra da, memur maaşlarında fiyatların önüne geçebilme eğilimi görülmemiştir. Nitekim 1974-1976 yılları arasında katsayı iki defa arttığı ve 7'den 9'a çıktığı halde, bu artış maaşlara % 10 ile % 30 artış şeklinde yansımış, buna karşılık sadece bu iki yılda fiyat artışları % 50'ye varmıştır.

1970-1976 yılları arasında tüketim malları fiyatlarındaki artış bütün yurttaki ortalama % 300, ev kiralarındaki artış % 300 olurken ve 250 liradan satılması gereken linyitin tonu karaborsada (her şey gibi) 1000 liradan satılırken, memur maaşlarını belirlemede esas kabul edilen katsayının, ancak 11'e çıkarılmasının 700-000'i aşkın kamu personeli ve bakmakla yükümlü oldukları 3,5 milyon insanı açlığa terketmek olacağı öne sürülmektedir.

İSTA Haber Ajansının yapmış olduğu araştırma şöyle sonuçlanmaktadır :

«1970 yılında çıkartılan 657 sayılı yasa ile tasarlanan, çalışandan yana olmayan iktidarların politik tercihleri nedeniyle, yerine getirilememiş ve yasada memur yararına olan

hiçbir maddenin, işlerliğe kavuşturulmasına olanak yaratılmamış ve 6 yıldan beri unutturulmaya çalışılmış olduğu gözönüne alınırsa;

Başta katsayı sistemi olmak üzere, 657 sayılı yasanın tüm maddeleri bugün uygulanabilirliğini yitirmiş bulunmaktadır. Bu nedenle memur sorunlarına çözüm getirmekten uzaktır. Çalışanların sorunları yetersiz yasa maddeleriyle çözümlenemez.

Yaşam koşullarının bu denli zorlaşmasının nedeni, memurların grevli, toplu sözleşmeli sendikal haklarının bulunmamasıdır. Memurlara sendikal hakların tanınmadığı, dünyanın 8 ülkesinden biri olan Türkiye'de çalışanların ekonomik ve demokratik haklarının korunması ve geliştirilmesi için tek çıkar yol, tüm çalışanların grevli sendikal haklarına kavuşmasıdır. Tüm çalışanlar ancak ve ancak gerçekten insanlık onuruna yaraşan bir yaşama kavuşmanın yolunu bu mücadele hakkını kazanmakla açacaktır.»

Emekçi Hekimlerin Bunalımı

Kamu kesiminde çalışan, yani emeği karşılığında aldığı ücretle geçinen hekimlerin sayısı ülkemizde gün geçtikçe artmaktadır. Böylece hekimlerin önemli bir bölümü emekçi hekimlere dönüşmüştür. Yani emeğinin karşılığını alamayan yani sömürülen hekimler..

Emekçi hekimleri kimler sömürüyor ? Sömürüden sorumlu olan ve bundan kişisel yarar sağlayan değişik kesimler var. Sömürü hekimlerin işyerinde başlamaktadır. Gerek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına, gerek diğer devlet kuruluşlarına, gerekse SSK ve üniversitelere bağlı kuruluşlarda çalışan hekimler, büyük ölçüde üst düzeyde olan azınlık bir hekim kitlesine hizmet etmekte, onların kârlarını artmalarına yardım etmektedirler. Daha doğrusu böyle yapmak zorunda bırakılmaktadırlar. Böylece sağlık sömürüsüne katılmamak için kamu kesiminde çalışmayı yeğlemiş olan hekim, kendini gene çıkarıcı hekimin amaçları uğruna özel hasta ile uğraşır bulmaktadır. Geniş halk kesimlerine verilen hizmet ise hasta çokluğu yüzünden son derece yetersiz kalmakta, aynı zamanda hastayla emekçi hekimi karşı karşıya bırakarak halkın hoşnutsuzluğunu nedeni olarak gösterilmektedir.

Bu nedenlerle, emekçi hekim yaptığı işin çelişkileri nedeniyle bunalıma düşmektedir. Halkın sağlığının sömürülmesi için araç olarak kullanıldığı yetmiyormuş gibi, emeğinin karşılığını da alamamakta, kârlar büyük hekimlere gitmektedir. Hizmetin üretimde hem bedensel, hem düşünsel gücünü harcayan, yani hizmeti asıl üreten hekimler aldıkları ücretle her ayın ancak ilk yarısını geçirebilmekte, diğer yarısında borçlanmaktadırlar.

İşte emekçi hekimlerin bunalımı özet olarak budur. Bir yandan yaptığı işin düşüncelerine aykırı olması, diğer yandan emeğinin karşılığını alamaması.

Çözüm ? Çözüm tüm çalışanların, sömürülenlerin sorunlarının çözümü için geçerli olan temel ilkelere yatmaktadır. Bu da, sömürülenlerin, sömürülenlere karşı örgütlü mücadelesi, sömürülenlere bir tüm olarak seslerini duyurabilmeleridir.

Emekli Sandığı Kanunu ve Ötesi

8 Ocak Cumartesi gecesi, değerli meslektaşımız Dr. Yılmaz Hasoğlu'yu yitirdik. Hasoğlu, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Asistanı olarak Çubuk Kazası'nda hekimlik yapıyordu.

«Ölüm» her zaman üzücüdür. İnsan olan insanı üzüntüye boğar... Ancak Hasoğlu'nun ölümü bunun da ötesinde düşündürücü, hatta irkiltici olmaktadır. Çünkü bu arkadaşımız devlet kapısında on yılını doldurmadığı için arkasında bıraktıkları her türlü sosyal güvenceden yoksun kalmışlardır.

Dr. Hasoğlu 4 yılını sosyalizasyona, bir diğer 2 yılını da en az sosyalizasyondaki hizmetleri kadar yüklü olan toplum hekimliği asistanlığına vermiş emekçi bir hekimdi. Tüccar hekimlik yolunu seçmemişti...

Dr. Hasoğlu'nun aramızdan ayrılması bize ; Sosyal Güvenlik Haklarından yararlanabilmek için devlet hizmetinde 10 yıl çalışma şartı aranmasının, yanlışlığını, haksızlığını ve bizzat Sosyal Güvenlik kavramı-

na aykırılığını bir kere daha göstermektedir.

Ankara Tabip Odası, tıp mesleğinden «kar» güdüsünün uzaklaştırılması ve insan sağlığı üzerinden «Ticaret yapılmasının önlenmesinden yanadır Hekimin, toplum içindeki kutsal yerine, ancak bu şartlarda varabileceğine ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçek anlamıyla ancak, böylelikle verilebileceğine inanmaktadır.

Kamu hizmetinde çalışanların, çalışacak olanların üstesinden gelmeleri gereken pek çok sorun olduğunu unutmamak gerekmektedir. Dr. Yılmaz Hasoğlu'nun ölümü bunlardan birine dikkatimizi çekmelidir.

Emekli Sandığı Kanununun, Memuru ancak 10 yıllık bir süreden sonra sosyal güvenlik kapsamına alan maddesi mutlaka değiştirilmelidir.

Gelecek yıllar, çok sayıda hekimin kamu hizmetinde görev yapacağı yıllar olacaktır. Sorunlarımıza şimdiden bilinçle sarılarak örgütlenmemiz, diğer meslek mensupları ile birlikte örgütlü hareket etmeyi öğrenmemiz gerekmektedir.

Viral Hepatit'ler Tüm Sağlık Personelinin Meslek Hastalığıdır

Tüm hekimler ve diğer sağlık personelinin sürekli hastalanma riski içinde oldukları, viral hepatitin özellikle B tipi % 1 - 15 oranında öldürücü olduğu, yapılan bilimsel araştırmaların so-

nucu bilinmektedir. Bu hastalığın sebep olduğu, hekim ve sağlık personeli ölümüne, sıklıkla ülkemizde de rastlamaktayız. Belli bir hizmet süresini doldurmadan bu hastalıktan ya da

komplikasyonlarından (Kronik aktif hepatit, siroz, primer karaciğer ca) kaybedilen hekim ve sağlık personelinin geride kalan ailesi sosyal güvenlikten yoksun kaderiyle başbaşa kalmaktadır. Meslekten doğan bir hastalık. sakat bırakıp öldürücü olabiliyorsa, kişinin bu risk karşılığında bir sosyal hakkı olması, hizmet süresine bakılmaksızın kesinlikle gereklidir. Bu sosyal hakta kişiye ve bakmakla yükümlü oldukları kimselere, yeterli bir katkıda bulunabilecek ölçülerde olmalıdır.

Klinik, tedavi çalışmaları ya da herhangi bir tıbbi çalışma sırasında eli kan ile temas etmemiş hekim düşünülemez, laboratuvar çalışması da söz konusu ise temas sayısı çok yüksek sayılara çıkıyor demektir. Sağlık görülen kişiler de bile, toplumun sosyo ekonomik seviyesine, hijyenik koşullarda yaşayıp yaşamamasına bağlı olarak (%0,1 - % 20) oranında, B tipi viral hepatit virüsü, antijenine ait kan portörlüğünün varlığı gösterilmiştir. Bunlardan bir bölümü infeksiyöz ajan portörü olarak saptanmışlardır. Sağlıklı görünmelerine ve bu nedenle tanınmamalarına karşın bu kişilerin, B tipi viral hepatitin yayılmasında önemli bir kaynak oldukları saptanmıştır. Enfekte kana elle temas, hastalık oral yolla da bulaşabildiğinden, yakalanmak için yetmektedir. Doğal olarak

bu infekte kanla ilk teması olacak kimseler, genellikle hekim ve sağlık personelidir. Risk bu nedenle yüksektir. Kaldı ki hekimler, viral hepatitli bilinen hastalarla mesleği gereği sürekli temastadır. Hastaların virüs saçabildikleri devrede sürece bu temas, hekim hastalık etkeninin doğrudan hedefi yapmaktadır.

Etkili bir tedavisi olmayan, korunması güç bir hastalık olan viral hepatitlere karşı, sağlık tesislerimizde korunmayla ilgili standartlaşmış önlem uygulamalarının olmadığını da ne yazık ki görmekteyiz. Her kademe sağlık personeli ve hekimler, yalnızca kişisel olan, fakat eksikliğini farketmediğimiz önlemlerle yetinebilmekte bir bakıma hastalığa her an açık bulunmaktayız. İşin önlemle ilgili olmayan bu kısmının düzeltilmesi mevzuata bağlı olmadığı için gündeme getirilmiştir.

Görüldüğü gibi viral hepatitler konusunda hekimler olarak, diğer sağlık personeliyle beraber ihmal edilemeyecek risk altındayız. Dünya Sağlık Teşkilâtı'nda bu durumun önemini yayınlarında dile getirerek viral hepatitlerin, ulusal yetkililerce meslek hastalığı sayılmasını önermiştir. Ülkemizde de viral hepatitlerin hekimlerle birlikte tüm sağlık personeli için meslek hastalığı sayılması ve bunun gerçekleşmesi gereğine inanıyoruz.

Tabip Odaları ve Tabiplerin Birliği

Uygar ve ileri memleketlerde, halk sağlığı hizmetinin geliştirilmesi, hekim hak ve çıkarlarının korunması ve halkın sağlığı ile devletin ve hekimlerin hak ve çıkarlarının birbirini tamamlayan ögeler olarak yanyana bulunmaları ereğiyle tıbbi meslek kuruluşları kurulmuştur.

Ülkemizde de bu fonksiyonu görmek üzere 1953 yılında 6023 Sayılı

özel kanunla Türk Tabipler Birliği kurulmuştur. Adı geçen kanun daha sonra, 1957 yılında 6909 sayılı yasa ile değişikliğe uğramıştır.

Böylece kuruluşu tamamlanmış olan Türk Tabipler Birliğine, kanun birtakım hak ve görevler yüklerken, üyelerin de çeşitli yükümlülükler getirmiştir.

Kanunun görevlerle ilgili dördüncü maddesi aynen şöyledir :

Madde 4 : Birlik, aşağıda yazılı, hizmetleri yapmakla mükelleftir.

a — Halk sağlığına ve hastalara fedakârlık ve feragatle hizmeti, ödev bilen, meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak,

b — Üyelerinin maddi ve manevi hak ve menfaatlerini korumak ve bunları halkın ve devletin menfaati ile en iyi bir şekilde denkleştirmeye çalışmak.

c — Halkın sağlığını korumaya, iyilerini muayyen refah seviyesine ulaştıracak, gerekli iş sahaları bulmaya İş Kanunu ile Sosyal Kanunların ve bunlara bağlı, nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslekdaşlarının hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin adilâne bir suretle düzenlenmesine çalışmak.

d — Halk sağlığı ve tıp meseleleri ilgili meseleler için resmî makamlarla karşılıklı işbirliği yapmak,

e — Halk sağlığı ve tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmî makamlardan yardım sağlamak.

Kanunun bu maddesinden de anlaşılacağı üzere, Gerçekten halkın sağlığı ile hekimlik mesleği ve hekimlerin hak ve çıkarları birbirinden ayrı düşünülemez. Bu çıkarların, halkın çıkarlarına uymasını sağlamak Tabipler Birliği ve Tabip Odalarının görevidir. Bu görevin yerine getirilmesinde Ankara ve İzmir Tabip Odaları üzerine düşenleri yapagelmıştır. Ne varki bu konuda daha etkin olunabilmesi için, kanunda birtakım boşluklar mevcuttur.

Bu başlıkları şöyle özetleyebiliriz. Örneğin 8. madde ile belirtilen Tabip Odalarının gelirleri çok sınırlı olup, üye aidatı ise gülünç denebilecek derecede azdır. 21. madde ile yönetim kuruluna girecekler 5 sene meslekte çalışmış olmak gibi bir sınırlama getirilmiştir. Aynı şekilde 32. madde ile

haysiyet divanına gireceklerde 10 yıllık, 42 madde ilede yüksek haysiyet divanına girecekler için 20 yıllık bir sınırlama getirilmiştir.

Böylece Tabip Odalarının maddi gelir ve gücü çok zayıf bir durumda bırakılmıştır. Bu ise etkinliği etkileyecek önemli bir engeldir. Yönetime genç ve aktif hekimlerin gelememesinin getireceği sonuçlar ise bilinmektedir.

Şu da bir gerçektir ki tüm bu olumsuzluklara karşın, yukarıda söz edilen ilkelere inanan tüm hekimlerce bir takım şeyler yapılabilir. Buna Ankara ve İzmir Tabip Odaları çok iyi birer örnek teşkil etmektedir. Odalarımızın bu çalışmalarının daha etkin güçlü olabilmesi için, halk sağlığına gönül vermiş ve hekimlerin çıkarlarının savunmasının örgütle mümkün olabileceğine inanan tüm hekimleri beklemekteyiz.

Şüphesiz ki tüm meslek elemanlarının olduğu gibi hekim ve diş tabiplerinin de bir çok sorunları vardır. Bu sorunlara çözüm bulmanın yolu ise öz örgütümüzde bütünleşmektir.

Bu konuda tüm arkadaşlarımızın aktif katkıları olmasa bile en azından hekimlik çıkar ve onurunu düşünen herkesin kanunun getirmiş olduğu birtakım yükümlüklere uyması gerekir. Ve aşağıdaki hükümlerden de anlaşılacağı üzere her hekimin bu çalışmalara asgari ölçüde katılması gerekmektedir.

Madde 7. Bir il veya mülka hudutları içinde bulunan sivil, askerî tabip ve diş tabipleri bir ay içinde o il veya mülka Tabipler Odasına yazılması ve üyelik vecibelerini yerine getirmekle mükelleftirler.

Madde 38. Haysiyet divanı odaya girmeyen veya kanunun kendisine tahmil ettiği diğer vecibeleri yerine getirmeyenler hakkında inzibati ceza verir.

Ayrıca 5 madde de 3659 sayılı yasa tabi müesseselerde, odalardan muvafakat alınmaksızın tabip ve diş

tabibi istihdam edilemeyeceği, ek görev verilemeyeceği belirtilmekte ve tabip veya dış tabibi istihdam eden tüm resmî ve özel kurumların, tayin, nakil işten ayrılma veya diğer değişiklikleri en geç 15 gün içinde mahalli tabip odalarına bildirmeye mecburdurlar denilmektedir.

Kanun Birliği, bunlardan başka hekim onur ve haysiyetiyle bağdaşmayan hekimleri denetleme görevini de vermiş ve 39 maddede şöyle demiştir.

Madde 39. Haysiyet divanı, evrakı kendisine tevdi edilen, üyelerin fiil ve hareketlerinin mahiyetine göre aşağıdaki inzibati cezalar verir.

a — Yazılı ihtar

b — 25 liradan 100 liraya kadar para cezası,

c — 15 günden 6 aya dek sanat icrasından men,

d — Üç defa sanat icrasından men, cezası almış olanları o bölgede çalışmaktan men,

Haysiyet divanı bu cezaların verilmesinde sıra gözetmeksizin geniş takdir hakkını kullanır.

Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere Türk Tabipler Birliği Kanunu halk sağlığı ve hekimlerin hak ve çıkarlarını savunmada her hekime bir takım yükümlülükler getirmektedir. Bunun da ötesinde bu ilkeler için mücadele her ilerici hekimin görevidir.

Simsarlar ve Ötekiler

Muayenehane çalıştıran büyük kent hekimlerinin bir kısmının «başbelası», bir kısmının da «velinimet».

Türk Tabipler Birliği kanununa göre «hasta simsarlığı» ve bu gibi kişilerin yardımıyla meslek icra etmek suçtur. Suç sabit olduğunda, hapis cezası bile verilebilmektedir. Ve hekimliğin yüzkarası olan bu kurum, pekçok meslektaşın haklı olarak isyanına yol açmakta, bunlar Tabip Odalarına müracaatla «bu işin önünün alınmasını» talep etmektedirler.

Ancak, Ankara gibi bir büyük kentte bu kişilerle mücadele etmenin olanağı var mıdır ve eğer sağlık üzerinde ticareti kabul ediyorsak, hekimlerin sağlık satmalarına ses çıkaramıyorsak bu ticaretin komisyonculuğunu yapan vatandaşlarımızla mücadele etmenin anlamı var mıdır?

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu işbaşında bulunduğu süre boyunca «simsarlar»dan şikâyet eden meslektaşlarına şu yanıtı vermiştir...

«İnsan sağlığı, üzerinden kâr sağlanan bir ticaret metayı olmaktan kurtarılmalıdır».

Türkiye'nin düzeni eğer sağlığın parayla satılmasına olanak veriyorsa, her ticaret olayında, her alışverişte mevcut olan «komisyoncuların», sağlık ticaretinden uzak durmalarını beklemek toplum yasalarını bilmemektir. Kaldı ki Ankara Tabip Odası bu konuda çok etkin bir mücadele verip bütün hasta simsarlarını hapisanelere doldurmayı başarsa bile, bunların yerini çok kısa bir süre içinde yenileri alacaktır. Çünkü çark böyle dönmektedir. Çünkü «hasta simrasını» yaratan «tüccar hekimdir». Simsarından yoksun kalan «tüccar hekim» kazancının düşmesi için en kısa zamanda bir yenisini bulacaktır.

Kaba bir benzetme yapmaya çalışırsa, «sağlık ticareti»nin «aşk ticaretinden» pek bir farkı yoktur denilebilir. «Hasta simsarları» da herhalde «muhabbet tellalları»nın yaptıkları işin pek farklı bir biçimini yapmamaktadırlar. Toplum şartları «aşk satan kadın»'ı ortadan kaldırmadıkça «muhabbet tellalı»'nı yoketmenin olanağı yoksa, «tüccar hekim» ortadan silinmedikçe bunların simsarları da varolacaktır.

Sorun, sağlık hizmetlerini bugün içinde bulunulan bu çirkin uygulamalardan kurtarmaktır. Sağlık hizmetlerini tümüyle, hekimle, eczacısıyla, ilâç şirketiyle devletleştirmeden, sorunun çözümlenmesi olanaksızdır. Ankara Tabip Odası bu görüştedir ve insanca yaşayarak hiçbir çıkar gözetme-

den halka sağlık hizmeti vermeyi özleyen büyük bir emekçi hekim kitlesi ile, hekimliği bir çıkar aracı görüp bugünkü kargaşalıktan payını almak gibi fırsat bekleyen küçük bir azınlığın arasındaki farkın giderek kamuoyunda da anlaşılmasından yanadır.

TRT'nin Sağlık Programları Halk'a yarardan ziyade zarar veriyor

TRT özellikle televizyon, sağlık eğitimi konusunda kullanılması gerekli ve çok etkili bir araçtır. Bu aracın bilgisizce ve yanlış uygulamalarda kullanıldığına ise, geçmişte olduğu gibi günümüzde de tanık olunmaktadır. Bir üniversitemizde Tıp öğrencisi olan bir kişinin, «Öğretim görevlisi doktor» olarak ekranlara çıkarılması ve bu şahsın da «ülser tedavisinde oruç tutmak yararlıdır» gibi tıbbi gerçeklere taban tabana zıt önerilerde bulunması, bunun somut örneklerinden biridir.

Toplumda çok az görülen bazı hastalıkları «Tanıtmak» adı altında bazı muayenehane hekimlerinin ve kurumlarının, reklâmı yapılmaktadır.

Dizi filmler şeklinde sunulan bazı programlar zaman zaman halka yararından çok zararlı olmakta, onları yersiz kuşkuyla «hastalık hastası» durumuna getirmektedir.

Halkımızın sağlık hizmetlerinden gereği kadar yararlanamamasının rardan çok zararlı olmakta, onları

li ölçüde sağlık eğitiminin yapılmamış olmasıdır. «Ülkemizde en çok görülen hastalık, toplum açısından en zararlı hastalıktır», ilkesinden hareketle Ankara Tabip Odası olarak aşağıdaki konuların öncelikle TRT'de ele alınması, bunun yetkili ve yetenekli kişi ve kuruluşlarla ortaklaşa yürütülmesi gerektiği görüşünde olduğumuzu kamuoyuna duyurmayı bir görev sayıyoruz.

- 1) Ana - çocuk sağlığı,
- 2) Beslenme,
- 3) Aşılama,
- 4) Çevre sağlığı,

5) İş kazaları ve işçi sağlığı konularında programlar, halkın sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunabilecek nitelikte düzenlenmelidir.

Ayrıca, TRT sağlık sorunlarına bakışında, bireyci yaklaşımını bırakarak ülkemiz koşulları ve mevsimlerle artan, salgın yapan çocuk hastalıkları ve bazı bulaşıcı hastalıkları kamuoyundan gizlemek yerine, halkı bu konularda uyarıcı görevini yapmak zorundadır.

3. Beş Yıllık Kalkınma Planının Öngördüğü Gelişmelerin Çoğu Gerçekleşmedi

DPT'nin 15516 sayıyla yayımlanan 4. Beş Yıllık Kalkınma Plânı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre : Sağlık yönünden üçüncü beş yıllık plân döneminde varılması gereken hedeflerden birçoğu gerçekleşmemiştir. Adı geçen rapora göre sağlığın çeşitli konularında durum şöyledir ;

SAĞLIK İŞLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ :

Sosyalleştirilmedeki hekim ikmali ni düzenlemek üzere, plâna giren pratisyen ve uzman hekim sağlamak için, malî ve özendirici tedbirler yeterli olmamış ve yurt kalkınması hizmeti gerçekleştirilememiştir.

Sosyalleştirilmiş illerde, diğer kurumlara ait, yataklı tedavi hizmetlerinin getirdiği dağınkılığın kötü etkileri devam etmektedir.

Halka ücretsiz olarak verilecek ilâçlar, hekim yokluğundan ve ödenek kifayetsizliğinden yeterli olmamıştır.

Alt yapı sorunları ve çevre koşullarının kötü etkileri hizmeti zorlaştırmaktadır.

YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ

Kurumların hizmet götürdüğü nüfus göz önüne alındığı takdirde, kurumlar arası yatak kapasiteleri dengesizliğinin devam ettiği görülmektedir.

Yatakların yurt düzeyinde dengesiz dağılımı, vatandaşlara sunulan yatak sayısını daha da olumsuz hale getirmektedir. Üç büyük ilde, 185 kişiye bir yatak düşerken, doğu illeri gurubunda, 586 kişiye bir ya-

tak düşmektedir. Vatandaşların bölgesel tedavi olanaklarından yararlanmalarında kademeli düzen, henüz yerleşmemiştir. Halkın üç büyük ildeki hastanelere rağbet etmesi devam etmektedir.

Kamu kuruluşları arasındaki yatak dağılımı dengesizliği ve az gelişmiş yörelerdeki uzman kadrolarının yeterince doldurulmaması, nedeniyle ortaya çıkan, yatak işgâl oranındaki aşırı düşüklük, vatandaşlara sunulan hizmeti daha da olumsuz hale getirmektedir.

Uzman hekim ve finansman noksanlığı sorunu, az gelişmiş illerdeki yatak artışlarını engellemektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin, daha önceki dönemde plâna giren, tek elden yönetilmesi tedbiri gerçekleştirilememiştir.

SAĞLIK, İNSAN GÜCÜ

İnsan gücünün istihdamında, çeşitli kuruluşlardaki sağlık personeline, eşitlik getirecek tedavi hizmetlerinin tek elden yönetimi tedbiri gerçekleştirilememiştir.

Dönem içinde kamu hizmetlerine hekim sağlamak üzere alınan, özendirici tedbirler etkili olmadığı gibi yurt kalkınması hizmeti de gerçekleştirilememiştir.

İhtiyacın gerektirdiği nitelikte hekim yetiştirilmesinde, özellikle toplum hekimliği konusunda, birkaç tıp fakültesinin aldığı önlemler dışında tıp fakültelerinin programlarında bir gelişme ve beraberlik sağlanamamıştır.

Yılda 2800 yatak hizmete gireceğinden hareketle, yılda 200 mütehas-

sıs hekim ihtiyacı vardır. Buna karşılık yılda 300 fazlasıyla, 500 uzman yetişmektedir. Tıp fakülteleri yılda 1000 mezun verdiğinden, bunların her yıl 500'ü sağlık ocağı ve koruyucu hekimlik hizmetlerinden ayrı kalmakta ve geriye kalan 500 hekimden de SSYB'da hizmet isteyenlerin sayısı 100'ü geçmemektedir.

1976 yılında uygulanmakta olan kadro sayılarına göre, yılda 30 diş hekimi ve 30 eczacıya ihtiyaç vardır. Bundan dolayı yeni mezunlardan büyük bir kısmının kamu kesiminde şu anda çalışma olanağı yoktur.

Hekimlerin serbest tababete yönelmeleri ve ihtisasa önem vermeleri, bu dönemde de devam etmiştir. Nitekim serbest tababet yapan hekim sayısı, toplam hekim sayısının % 43'dür.

Hekimlerin kurumlar arası dağılımları dengesizdir.

Hekimlerin yurt sathına dağılımları da dengesizdir. (1976 yılı başındaki durum) mevcut hekimlerin %36'sı İstanbul'da, % 46'sı 15 büyük ilde çalışmakta, geriye kalan % 18'de az gelişmiş 51 ilde bulunmaktadır. İstanbul'da 510 kişiye bir hekim düşerken, Gümüşhane'de 25000 kişiye bir hekim düşmektedir.

Yurdumuzda mütehassıs - pratisyen hekim dengesi de bozuktur. Diğer bir deyişle, tedaviye yönelen hekim gücüyle toplum sağlığına koruyucu hekimlik hizmetleri olarak yönelen hekim gücünün dengesi orantısızdır.

Serbest tababete yönelen hekimlerin %66'sı mütehassısdır. SSYB'ında uzman kadrolarının %62'si dolu iken, pratisyen hekim kadrolarının % 23,5 doludur. Asistanlar dahil edilirse, Türkiye'de hekim toplamının %72'si uzmandır. Diğer taraftan plân kriterlerine göre, kamu hizmetlerindeki toplam yatak sayısının gerektirdiği uzman hekim ihtiyacı 7350'dir. Oysa Türkiye'de 12.400 uzman hekim bulunmaktadır.

Hekimlerin istihdamında, özellikle «Eşit İşe Eşit Ücret» prensibi uygulanmamıştır.

LABARATUVAR HİZMETLERİ

Mevcut labaratuvarların personel ve araç - gereçlerle donatılması yetersizdir.

Labaratuvar hizmetlerinin gelişmesi, hizmete yönelik nitelik ve sayıda personel azlığı yönünden yeterince etkili olamamaktadır.

Merkez örgütünde, tüm labaratuvar hizmetlerini yürütmekle görevli labaratuvar bölümü yeterince güçlü değildir.

ÇEVRE SAĞLIĞI :

Çevre sağlığına son zamanlarda büyük önem verilmesine ve çeşitli önlemler şu veya bu ölçüde gerçekleştirilmesine rağmen sorun ciddiyetini arttırarak korumaktadır.

Yurt ölçeğinde, bozuk çevre koşullarının ortaya çıkardığı sorunların değerlendirilmesi yeterince yapılmamıştır.



İŞ SAĞLIĞI :

İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri için öngörülen örgütlerin yetersizlik, dağınıklık ve işbirliğinden yoksunluğu devam etmektedir.

İşyerlerindeki sağlık risklerinin ortadan kaldırılması veya kontrol altında bulundurulması konusunda belirgin bir gelişme sağlanamamıştır.

Çalışma Bakanlığı, İş Sağlığı ve İş Güvenliği kontrol örgütünün hizmeti, nicelik ve nitelik yönünden işyeri sayısı ve iş türünün gerektirdiği düzeye ulaştırılamamıştır.

İLÂÇ SORUNLARI :

Yasal hükümlerin yetersizliği nedeniyle, eskiden verilmiş ruhsatlar sonucu ilâç çeşitliliğinin fazlalığı devam etmektedir. Ancak ruhsat istenen yeni ilâçlar için piyasada tedavi değeri aynı olanlar bulunduğu takdirde SSYB'inca ruhsat verilmemektedir.

İlâç kontrollerinin, üretim ve tüketim safhalarındaki, uygulamaları yetersizdir.

İlâç tüketiminde israfa kaçan uygulamalar mevcuttur.

Eczanelerde ilâç satış kontrolleri yeterince yapılamamış ve reçetesiz ilâç satma sorunu yeterince önlenememiştir.

İthâl edilen ilâç hammaddelerinin kontrolü yetersizdir.

BESLENME VE BESİN KONTROLU :

Yurdumuzda 0 - 6 yaş arası bir milyon çocukta beslenme bozuklukları vardır. Bunlardan 300.000 kadarı ise çok kötü beslenmektedir. 300.000 çocuktan, 150.000'inin ailesinde malî güçsüzlük vardır.

Okul öncesi çocuklarda ve doğurganlık çağındaki kadınlarda, ortalama % 25 oranında çeşitli ağırlıklarda kansızlık sorunu vardır.

0 - 2 yaş çocuklar arasında % 15 oranında kemik hastalıkları sorunu vardır.

Besin kontrolü etkili olarak uygulayacak örgüt ve yasalar yetersizdir.

DIŞ SAĞLIĞI :

Kırsal alana dış sağlığı hizmetinin götürülmemesi problemi devam etmiştir.

Koruyucu dış hekimliği alanında yeterince gelişme olmamıştır.

D.P.T. Sağlık Özel İhtisas Komisyonu; Genel Sağlık Sigortasına Karşı Çıktı

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Plânı için, Devlet Plânlama Teşkilâtının çağrısı üzerine toplanan Sağlık Özel İhtisas Komisyonu, çalışmaları sonucunda hazırladığı raporda MC tarafından yasalaştırılacağı söylenen Genel Sağlık Sigortası Tasarısına ülkemiz gerçekleriyle bağdaşmadığı için karşı çıkılmıştır.

Komisyon ; koruyucu hekimlik hizmetlerinin ve özellikle kırsal bölgelerde ve şehirlerde, dar gelirli hal-

ka her çeşit hizmeti götürmeyi ön gören, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının gelişmesini tatmin edici bulmamıştır.

Raporda «Hekimlerin yurt içinde ve hizmet alanlarında dengesiz dağılımının temel nedenini ortadan kaldırmadan soruna kesin çözüm getirmek olanaksızdır» denilirken, temel neden şöyle ortaya konulmuştur.

«Temel neden hasta bakımının, hekimler tarafından satılan bir hizmet oluşudur. Hekimlik hizmetinde pazar ekonomisi kuralları hakim oldukça, hekimler fazla kazanç sağlamak için, uzmanlaşma ve kazanmanın fazla olduğu yerlerde toplanma zorunda kalacaklardır. Sorun, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun öngördüğü biçimde hekimlik ; sabit aylık ücret karşılığı yapılan bir kamu hizmeti haline getirilirse temelinden çözümlenebilir.»

Bu arada gelmiş geçmiş tüm hükümetlerin eleştirildiği Sağlık Özel

İhtisas Komisyonu raporunda, bu konuda şöyle denilmiştir :

«Hükümetlerin sağlık hizmetlerine önem verir görünme çabalarına karşın, özellikle belirli bir azınlığa yüksek düzeyde tedavi hizmeti götürme dışında kalan (koruyucu hizmetler ve kırsal bölgelerdeki her çeşit sağlık hizmetleri gibi) hizmetlere gereken önemi vermemişlerdir. Bu davranışta yüksek düzeyde hizmet edilmeye alışan azınlığın ve bir kısım hekimlerin baskısının, halkın baskısından fazla oluşunun rolü vardır.»

Bir Kez Daha Genel Sağlık Sigortası

Herkese ücretsiz sağlık hizmeti sağlamak savıyla ortaya atılan Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı'nın gerçek yüzü ilerici, yurtsever Tabip Odaları'nın sürdürdükleri çalışmalarla açıklığa kavuşmuş, artık kamu oyuna malolmuştur. Ankara Tabip Odası'nın 1,5 yıl kadar önce başlattığı «Genel Sağlık Sigortası'na Hayır» kampanyasına kısa sürede diğer Tabip Odaları ve halkın sağlığını kendi çıkarından daha çok düşünen tüm hekimler ve diğer sağlık personeli katılmışlardır.

Özellikle Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni'nde konuya geniş yer verilmiş, sigorta uygulamasının tüm yönleri ve boyutlarıyla tartışılması sağlanmıştır. Konuyla ilgili olarak uzmanların, diğer Tabip Odaları'nın, diğer sağlık personeli örgütlerinin ve diğer demokratik örgüt ve kuruluşların görüşlerine yer verilmiştir. Böylece Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, konunun aydınlığa kavuşması için önemli bir işlev görmüştür.

Genel Sağlık Sigortası, diğer yayın organlarına, günlük gazetelere yeterli

ölçüde yansıtılmış, toplumun geniş kesimlerine bilgi verilmiştir. Özellikle siyasal partilere uygulamanın getireceği tüm ayrıntılarla ilgili bilgi verilmiş, böylece ilerici nitelikteki partilerin kampanyaya katılımları sağlanmıştır.

Artık kamu oyunu sigorta masalıyla uyutmak olanağı kalmamıştır. Çünkü sürdürülmekte olan karşı kampanyanın dayanakları çok güçlüdür. Dayanaklarımız toplumsal yarar, bilimsel veriler ve bilimin aydınlatığı gerçeklerdir. Bu gerçeklerin ışığında, geniş emekçi kesimlerin zararına olan, sağlık sömürüsünü bir kat daha yoğunlaştırıp içinden çıkılmaz bir duruma getirecek olan sigorta uygulamasına bir kez daha karşı çıkıyoruz.

Sağlık sorunlarının toplumun geniş kesimlerinin yararına, emekçi sınıfların yararna çözümü için TÜM SAĞLIK HİZMETLERİ DEVLETLEŞTİRİLMELİDİR. GENEL SAĞLIK SİGORTASINA HAYIR.

Sağlık Bakanlığı'nın 1977 Mali Yılı Bütçe Raporu Özeti

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1977 Mali Yılı Bütçe raporunda 32 il ve dört eğitim bölgesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği belirtilmektedir. Sosyalleştirilmiş illere ait bazı istatistiksel veriler şöyledir :

Nüfus

Sağlık ocağı
Sağlık evi
Toplam hekim (*)
Hemşire
Sağlık memuru
Köy ebesi

14.000.000

1.139 (12.290 kişiye bir ocak)
4.276
1.004 (13.900 kişiye bir hekim)
600
1.000
4.700

(*) Tıp fakültesindeki 382 hekim sayı lırsa 9.900 kişiye bir hekim

Oysa sosyalleştirme uygulamasının başlatıldığı 1963 yılında her yıl 300 sağlık ocağı açılması öngörülmüştür. Buna göre şimdi 4200 sağlık ocağı olması gerekirdi, Görüldüğü gibi, ocak sayısı plânlananın dörtte birinden biraz fazladır.

1976 yılında, sekiz ayda 854.000 poliklinik muayenesi yapıldığı belirtilmektedir. Yani her ay 1000 kişiye 7,6 poliklinik muayenesi düşmektedir. Aynı sürede saptanan doğum sayısı 154.484'dür. Bu sayıya göre ülkemizde doğum hızı binde 16,5'tur. Oysa bilindiği gibi, kaba doğum hızı ülkemizde binde 35'tir. Belirtilen bebek ölümü sayısı 12.837'dir. Buna göre bebek ölüm hızı, binde 39'dur. yani, ileri ülkeler düzeyine yakındır. Sağlık ve sosyal

yardım bakanının yakın zamanlarda TRT'ye verdiği demece göre bu hız binde 120'dir. Aslında bu sayının hangi verilere dayanarak ortaya atıldığı tartışma konusudur. Bilindiği gibi, Türkiye'de bebek ölüm hızı binde 153-

tür. Bu değer in elde edildiği araştırmadan beri Türkiye çapında başka bir araştırma yapılmamıştır. Ortalama değer in düştüğü düşünölmekle birlikte, kesin bir sayı verme olanağı yoktur.

1976'nın ilk dokuz ayında 22.770 sıtma vakası saptanmıştır. Bu sayı ülkemizde sıtmanın önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaya başladığını kanıtlamaktadır, çünkü bu değer 1970 yılında saptanan vaka sayısının 17,6 katıdır.

Bütçe raporuna göre bugün ülkemizde 252 verem savaşı dispanser i,, 39 gezici röntgen ekibi, 21 tüberküloz laboratuvarı vardır. Türkiye'de tüberküloz prevalansının binde bir olduğu belirtilmektedir. Buna karşılık, dispanserlerde 50.000 hastanın izlendiği söylenmiştir. Buna göre prevalansın binde 1,3 olması gerekir. Yani belirtilen ra-

Yatakların kurumlara ve hastalıklara göre dağılımı şöyledir :

Hastalık çeşidi	SSYB	Diğer	Toplam
Genel	33.979	41.224	75.203
Ruh Hastalıkları	5.490	1.634	7.124
Göğüs Hastalıkları	8.740	2.888	11.628
Doğum	3.831	3.444	7.275
Kanser	300	—	300
Diğer	1.920	—	1.920
Toplam	54.260	49.190	103.450

Ülkemizde Sağlık Personelinin Kurumlararası % Dağılımı (Aralık 1976)

	Hekim	Diş hekimi	Sağlık memuru yardımcı	Hemşire ve hemşire Köy ebesi
SSYB	21,4	10,2	49,2	51,5
SSK	13,2	2,4	3,0	5,7
Üniversite	13,7	4,3	1,9	6,6
Diğer Kamu	13,2	4,2	20,7	7,3
Serbest	38,5	78,9	25,2	24,9
Toplam Sayı	22.943	5.960	12.369	23.601
Kişi başına nüfus	1.787	6.879	3.315	1.737

kamlar kendi aralarında çelişkilidir. Aslında ülkemizde tüberküloz prevalansının belirtilen değerin çok üstünde olduğu ve gün geçtikçe de yükseldiği uzmanlarca belirtilmektedir.

Hekimlerin yüzde 69,3'ü Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yerleşmiştir. Bu oran her yıl biraz daha yükselmektedir. Üç büyük ilde hekim başına düşen kişi sayısı yukarıda belirtil-

Bütçenin hizmetlere göre dağılımı şöyledir :

	Cari	Yatırım	Transfer	Toplam
Tedavi kurumları	45,19	41,41	12,7	43,72
Sosyalleştirme	10,56	6,93	—	17,16
Koruyucu hizmetler	37,68	38,16	42,74	29,89
Meslekî öğretim	4,69	6,24	—	5,05
Sosyal hizmet	1,88	7,26	55,9	4,18
Toplam (milyon TL)	4.752	1.589	117	6.458

Raporda 10942 frengili, 3832 lepralı hasta olduğu belirtilmiştir. 1976 yılında yapılan taramalarda yüzde 1,1 oranında trahom saptanmıştır. Yani yüzyılımızın son çeyreğinde sosyal hastalıklar diye bilinen, koruma ve iyileştirme olanakları bulunan bu hastalıklar varlıklarını sürdürmektedirler.

Bugün 75 ana - çocuk sağlığı merkezi, 90 ana - çocuk sağlığı şubesi, 800 ana - çocuk sağlığı köy istasyonu vardır. En önemli koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan ana - çocuk sağlığı hizmetinin durumu, yerleşme yeri sayıları göz önüne alınırsa, açıkça ortaya çıkmaktadır.

1976 yılında 884 hastane ve 103.450 yatak vardır, 396 kişiye bir yatak düşmektedir. Yatakların yüzde 25,3'ü İstanbul, yüzde 12,1'i Ankara, yüzde 5,6'sı İzmir'dedir.

SSYB hastanelerinde yatarak tedavi sayısı 125.000 (ayda), poliklinik sayısı ise ayda 1.100.000'dir. (bin kişi-de 26 kişi).

len sıraya göre 508, 506, 613'tür (geçen yıl aynı değerler 524, 510, 714 idi). Hekimlerin yüzde 61,6'sı uzmandır. Yurt dışındaki hekim sayısı 1.362'dir.

SSYB'nın 1977 bütçe önerisi 6,5 milyar liradır (tüm bütçenin yüzde 2,97'si). Bütçede sağlığa ayrılan pay her yıl biraz daha düşmektedir. SSYB bütçesi 1965'te bütçenin % 5'i iken o yıldan beri azalmaya başlamış, 1976'da yüzde 3,53'e düşmüştür. SSYB bütçesi kişi başına 157 TL. (116 lirası cari harcama) getirmektedir. Oysa hastanelerde yatak başına cari harcama günde 109 liradır (buna döner sermaye harcaması dahil değildir). Yatak başına günlük harcama miktarı, bütçede kişi başına ayrılan sağlık harcamasının (yıllık) anlamsızlığını açıkça göstermektedir.

SSYB bütçesinin yüzde 49,5'i cari harcamalara, yüzde 48,9'u yatırımlara, yüzde 1,6'sı ise transfer olarak ayrılmıştır. Cari harcamaların yüzde 59,4'ü personel gideridir.

SSYB Bütçesi Bu Yıl Daha/da Yetersiz

Tüm Sağlık Personeli Derneği (TÜS - DER) Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi Ülkemizin Sağlık Sorunları ve 1977 yılı Bütçesi ile ilgili olarak bir basın toplantısı yaptı. Konuşmasında genel bütçeden sağlık bütçesine ayrılan oranın diğer ülkelerdekinden çok daha düşük düzeyde olduğunu vurgulayan Mavi, bu yıl bu oranın silahlanmaya ayrılan payın artmasına karşılık daha da düştüğünü bunun toplumumuzda olumsuz etkileri olacağını belirtti.

TÜS - DER Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi'nin konuşması özetle şöyledir :

Çalışanlardan dolaylı ve dolaysız olarak kesilen vergilerden oluşan bütçenin, halkımıza hizmet amacı ile kullanılması gerekirken, bugüne kadar ki uygulamalarla Halkımızın, özellikle zorunlu hizmet talebi olan sağlık hizmeti gereksiniminin bugüne kadar karşılanmaması ile de, bize şu gerçeği göstermekte; Bütçe, bütçede katkısı bulunanların değil, katkısı bulunmayanların emrine ve hizmetine sunulmaktadır.

1977 Bütçesinin dağılımına baktığımızda en küçük pay, sosyal hizmet sektörlerine ayrılmıştır. Sağlık Bakanlığının bütçesi, her yıl büyük bir hızla düşürülmektedir. «Vatandaşın beden ve ruh sağlığından sorumlu olan devlet» artık sorumluluğu üzerinden atmaktadır. Sağlık Bakanlığının Bütçesi, genel bütçesinin 1975'de % 4,5'i 1976 yılında % 3,5 idir. 1977 yılında ise % 2,9'a düşürülmek istenmektedir.

Bu durumda halkımızın gereksindiği sağlık hizmetini karşılamak için bütçenin en az % 15'nin sağlık hizmetlerine ayrılması gerekmektedir. Eğer bu pay ayrılmazsa halkımızın sağlığı daha tehlikeli boyutlara ulaşacaktır.

1977 yılı bütçesinde en büyük pay gene silahlanmaya ayrılmıştır. Bütçenin 1/4 olan 50 Milyarın üzerinde büyük bir payla insanları yok edici silahlar alınacaktır. Biz, Türkiye sağlık personeli olarak, bütçeden silahlanma için ayrılacak payın, halkın yaşam düzeyini yükseltici, üretimi artırıcı sağlık, eğitim, ulaştırma, beslenme gibi hizmetlere ayrılmasını istiyoruz.

1977 yılı bütçesi bu haliyle, halkımıza götürülmesi zorunlu sosyal hizmetleri götürmekten uzaktır.

1977 yılı bütçesi bu haliyle geçerse, sömürü düzeninin talan bütçesi olacaktır. İşçileri ve tüm emekçilere yeni vergiler, pahalılık, açlık ve yokluk getirecektir.

Biz Tüm Sağlık Personeli Derneği olarak;

— Tüm sağlık hizmetlerinin sosyalize edilmesini,

— 1977 yılı bütçesinde sağlık hizmetleri için ayrılan payın yükseltilmesini,

— Bütçede silahlanmaya ayrılan payın azaltılmasını, kısıtlanan payın sağlık hizmetleri için kullanılmasını,

, Sonuç olarak halktan yana demokratik bir düzenin oluşturulmasını istiyoruz.

Hava Kirliliği Kongresi

Dünyanın hava kirliliği açısından en kirli şehri sayılan Ankara'da kent halkı her geçen gün kitle halinde ölüm tehlikesi ile karşı karşıya bulunurken, ve daha şimdiden hava kirliliğinin kitleler üzerin-

deki olumsuz etkileri gözlenirken MC Topluluğu kısa ve uzun vadede alınması gereken önlemlerden hiçbirini almamakta adeta ısrar etmektedir. İktidar partilerinin çoğunlukta olduğu Bütçe-Plan Komisyonunda, bu konu-

ya 5 Milyon gibi gülünç bir miktarın ayrılması - bunun açık bir kanıtıdır.

Ankara'da hava kirliliği konusunda gerçekten sorumluluk duyan kişi ve kuruluşlarca, yapılan ciddi çalışmalar, göstermektedir ki, siyasal iktidarların bu konudaki çalışmaları bilimsellikten uzak ve tüm diğer sosyal konularda yaptığı gibi, uyutma politikası niteliğindedir. Örneğin; yapılan ölçümlerde kirliliği az göstermek amacıyla yanlış örnek-leme yöntemi kullanılmaktadır. Soruna büyük otellerin toplantı salonlarında sosyetenin efkar dağıttığı, dedikodu yazarlarına bol haberlerin çıktığı toplantılarda çaylar, kahveler viskiler, içilirken, pastalar yenirken sözde bilimsel yaklaşımlarda bulunmaktadır.

Halkımızla alay burada da bitmiyor. Sözde bilim adamlarımızın öneriler diye sunduğu; dağlara van-

tilatör, bacalara filitreler koyma, yerleri siyaha boyamak gibi kalıcılıktan ve gerçekçilikten uzak önlem önerileri ile halkımız oyalanmaktadır.

Halkımız bu soruna, kendisi sahip çıkmadıkça, sorunun en geniş kitleleri etkileyecek bir biçimde çözümlmesini beklemenin yanlış olduğu son derece açıktır. Bu bakımdan Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu Kimyagerler Derneği, TÜTED ve İlerici Kadınlar Derneği hava kirliliği konusundaki oyalama politikasını açıkça anlatmak, sorunun önemini, ekonomik ve politik boyutlarını, bilimsel olarak alınması gereken önlemlerin, halkımıza mal edilmesini, en geniş kitlelerin bu konuda bilgilenmesini ve bilinçlenmesini sağlamak amacıyla kongre ve çeşitli eylemler düzenlemek üzere hazırlıklara başlamışlardır.

MURGUL GOKTAŞ OLDU.

ZARAR ZİYAN PARASI,
ASİRİN İLAÇ PARASI.....



MURGUL'DA TOZ, GAZ,
YAŞAMAK; ÇOK AZ...

- SİYASİLER
- DOKTORLAR
- HUKUKÇULAR
- ÇAĞDAŞ UYGARLIK

- YÖNETİCİLER
- BASIN MENÜPLERİ
- TRT
- TÜM AYDINLAR

15 YIL DOĞDUK
OLUYORUZ
25. YAŞITIZ GENÇLER
HIROŞİMADAYIZ.

TAŞ, TOPRAK, AĞAÇ,
TÜM CANLILAR ÖLÜYOR...

Katil SO₂

Varem Savaş Gelse SO₂ ile Savaş..

TE MİZ HAVA, ASİT FABRİKASINI İSTİYORUZ..

ZARAR ÇOK
PARA YOK..

- TELGRAFLAR
- DİLEKÇELER
- RAPORLAR
- TÜMÜ DOSYADA

- ANAYASA NEREDE?
- SAĞLIK ÖRGÜTLERİ?
- TEKNİK-BİLİM NEREDE?
- ÖLÜYÜZ MURGUL'DA.

SÖZ ÇOK
İŞ YOK

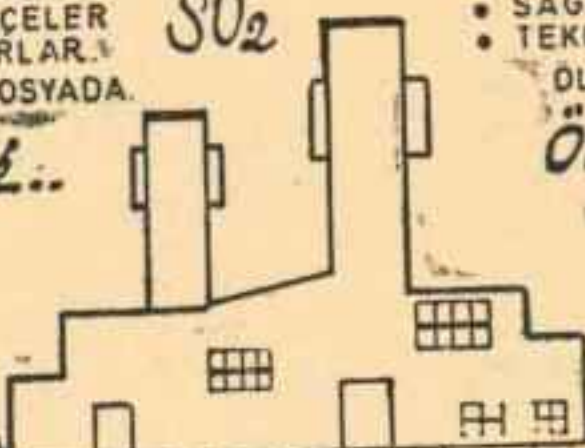
Toz duman oldu..

BİR DİLİM EKMEK İÇİN;
TEMİZ HAVA YOK,
GÜLMEK YAŞAMAK YOK,
BİZİM MURGUL'DA

Ölüm kol geziyor..

BE BEKLERİMİZ AĞLIYOR.
GENÇLERİMİZ AĞLIYOR.
ANA BABA AĞLIYOR,
BİZİM HIROŞİMADA.

BİZİMDE İNSANCA



YAŞAMAK HAKKIMIZDIR

Çevre kirlenmesi yalnız Ankara'nın sorunu değil. Çarpık sanayileşme ve şehirleşmenin bir ürünü olan sorun artık ülke düzeyinde hissedilmekte.. Yukarıda gördüğünüz bir tebrik kartıdır. Murgul'lular bari bir de bu yolu deneyelim demişler, dertlerine deva için...

Barolar Birliği Ülke Çapında Direniş Geçme Kararı Aldı

Türkiye Barolar Birliği Yönetim Kurulu 29 Ocak 1977 günü Ankara'daki Genel Merkezinde Genel Başkan Prof. Faruk Erem'in başkanlığında yapmış olduğu toplantıda; Türkiye de Hukuk Devleti ve Hukukun Üstünlüğü ilkelerinin geniş boyutlarda zedelenmesi nedeniyle iktidarı uyar- ma niteliğinde, Türkiye çapında bir direniş kararı almıştır.

Barolar Birliğinin «Kınama Gü- nü» olarak adlandırdığı direniş, 4 Mart 1977 tarihinde gerçekleştirile- cektir. Alınan karara göre, 4 Mart tarihinde avukatlar çalışmayacak ve duruşmalara girmeyeceklerdir. Dire- nişle ilgili olarak savcı ve yargıçla- ra da çağrıda bulunulmuş ve destek- leri istenmiştir.

Barolar Birliğinin aldığı direniş kararı, Genel Başkan Faruk Erem'in imzasıyla 8/173 sayılı genelge ile ve «Acele ve Önemlidir» kaydını ta- şıyan telgraflarla Türkiye'deki tüm barolara bildirilmiştir. Telgraflarla barolara bildirilen direniş kararı şöyledir :

«Yürütme organlarınca yargı ka- rarlarının yerine getirilmemesinin, hukuk devleti ve hukukun üstünlüğü ilkelerini zedeleyici boyutlara ulaştığı- nı saptayan Genel Kurul, avukatların, baroların ve Türkiye Barolar Birli- ğinin bu tutuma tepkisini göstermek amacı ile, 1977 yılı içinde bir günün, Türkiye Barolar Birliği Yönetim Ku- rulu'nca kınama günü olarak ilanı ile, o gün avukatların duruşmalara girmemeleri hususunda ayrıca kara- ra bağlanmıştır.

Bu karar uyarınca, kınama gü- nü olarak Yönetim Kurulu'nca 4 Mart 1977 Cuma günü saptanmış bulunmak- tadır.

Kınama günü nedeniyle, Yönetim Kurulu, 4 Mart 1977 tarihinden önce- gerekçeleri açıklayan bir bildiriye baronuza ve kamuoyuna duyurula- caktır.

Gereğini ve meslektaşlarımıza du- yurulmasını arz ederim. Saygılarımla.»

İSTANBUL BAROSU

"Yasal Direnme Eylemleri Derhal Başlatılmalı,,

Öte yandan İstanbul Barosu Baş- kanı Orhan Apaydın, aynı gün yap- tığı basın toplantısında; ülkemizde insanların, akşam evlerine sağ ola- rak dönebilme kaygısı içinde ya- şadıklarını belirtmiş ve şöyle demiş- tir.

— «Tüm ana ve babalar, öğrenim çağındaki çocuklarının acımasız sal-

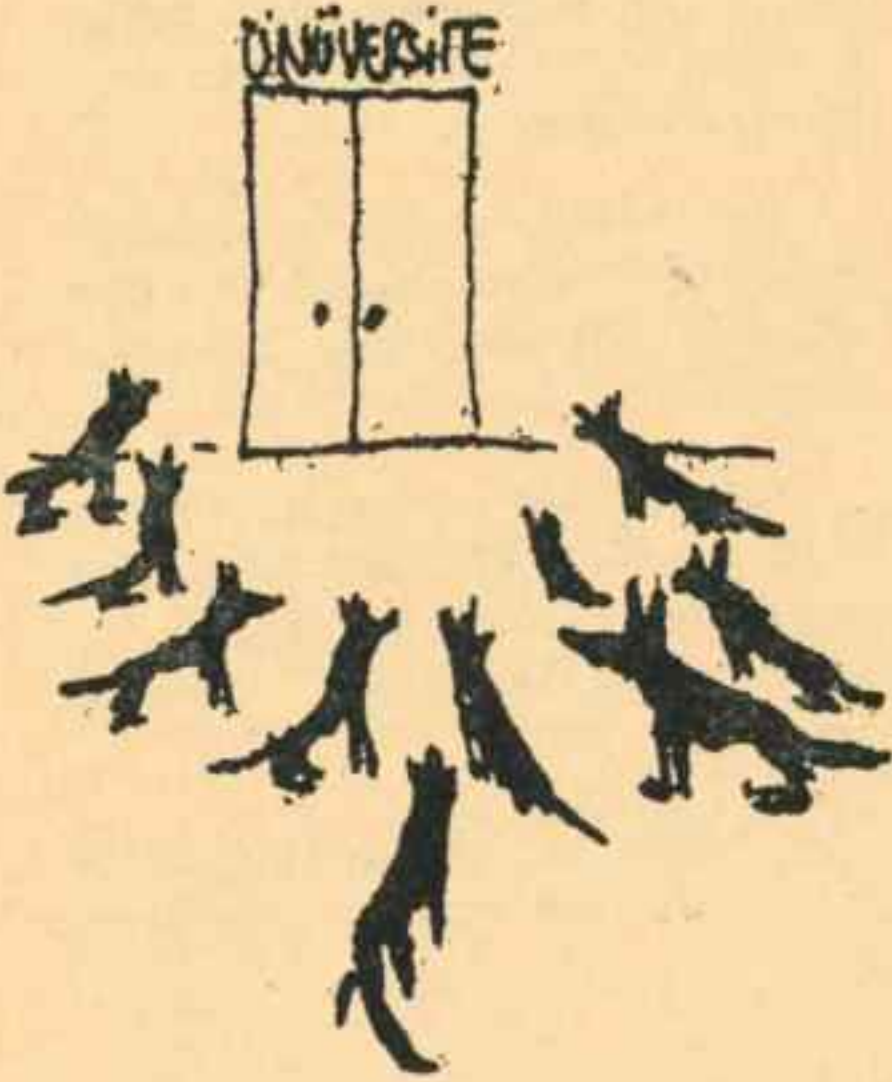
dırılara hedef olmaktan nasıl kurtu- labileceklerinin çaresizliği içinde çı- rınmaktadırlar. Yalnız yüksek öğre- tim kurumlarında değil, orta okullar da bile öğrenim ve öğretim özgürlüğü ortadan kalkmıştır.

Yurttaş istediğı gazeteyi, dergi ve kitabı almak ve okumak hakkından kaba güçlerin tehditleriyle yoksun bı-

rakılmıştır. Böylece başın özgürlüğü de fiilen ortadan kalkmak durumuna gelmiştir.

TRT kurumunun anayasal görevleri fiili işgalle yok edilmiş, kitle haberleşme araçları yoluyla gerçekleri öğrenme hakkı da ortadan kaldırılmıştır.

Devletin güvenlik kuvvetlerinin görevlerini yerine getirememesi veya saldırganların, bu kuvvetlerin bir bölümü ile bütünleşmesi, suçluların yargı organlarında hesap vermelerini önlemiş, hain eylemlerini pervasızca yürütmelerine yol açmıştır.



Açıkladığımız olaylar sonucu, hukukun üstünlüğü ilkesi çiğnenmiş, yasaların eşit olarak herkese uygulanması olanağının kalmadığı, devletin asli görevlerini yerine getiremez durumda bırakıldığı bugünkü ilkel karışa ortamı bilerek yaratılmıştır.»

Cumhuriyet tarihinin en tehlikeli düzen bunalımı içinde bulunulduğuna işaret eden Orhan Apaydın, 1961 Anayasa'sının kurduğu demokratik düzenin yıkılmak tehdidi ile karşı karşıya kaldığını belirtmiş ve «Saldırıların asıl hedefinin demokratik anayasal düzen olduğu artık kesinlik ve açıklıkla belli olmuştur.» şeklinde konuşmuştur.

İstanbul Barosu Başkanı Apaydın sözlerini şöyle sürdürmüştür :

«1136 Sayılı Avukatlık Yasasının 2. Maddesi; Ülkemizde hukuk kurallarının uygulanmasını sağlamayı Avukatlık mesleğinin asli görevi olarak belirtmektedir. Bizim için bu görevi yerine getirmek mesleğimize girerken içtiğimiz andın da doğal bir gereğidir ve namus borcudur.

Uygulamasını sağlamakla görevli olduğumuz hukuk kuralları, 1961 Anayasasında yazılı İnsan Hak ve Özgürlükleriyle birlikte Türkiye'nin altında imzalarının bulunduğu Birleşmiş Milletler İnsan Hakları bildirisi, 1950 Roma sözleşmesi ve 1975 Helsinki belgelerinde yazılı ilkelerden oluşmaktadır.

Barolar ve Türkiye Barolar Birliği, «Hukuk Üstünlüğü» ilkesini bu yazılı evrensel belgeler ve yukarıda açıkladığımız görev anlayışı ve bilinci açısından bugüne dek savunmuşlar ve kamuoyunu etkilemişlerdir. İçinde bulunduğumuz ortamda yoğunlaşan saldırılar, savunucusu, olduğumuz bu ilkeyi bertaraf etmeyi amaçlamaktadır.»

İstanbul Barosu Başkanı, can güvenliği ile öğrenim ve öğretim özgürlüğünü ortadan kaldıran olayların gerçek sorumlularını saptamak, bu konuda geniş araştırmalar yapmak üzere, üyeleri arasında bir kurulun oluşturulduğunu açıklamıştır.

Avukat Orhan Apaydın sözlerini şöyle tamamlamıştır :

İstanbul Barosu demokratik anayasal düzeni korumayı amaçlayan eylemlerini yoğunlaştırarak sürdürecektir. Bu konudaki demokrasiden yana ülkenin tüm güçleriyle işbirliği yapmaya ve dayanışmaya hazır olduğumuzu bir kez daha açıklamak istiyoruz.

Ancak bugün yakınmanın, kınamanın ve sorumsuz görevlileri uyararak yetinmenin zamanının artık geçmiş olduğu kabul edilmelidir. Gün, yasal direnme eylemlerinin derhal başlatılmasını gerektirmektedir.»

DİSK Faşist Cunta Girişimlerine Karşı Kamuoyunu Uyardı

Seçimleri önlemek ve demokratik hak ve özgürlükleri silahla yok etmek amacıyla sıkıyönetim ve faşist cunta girişimlerinin yoğunlaşması karşısında DİSK Genel Başkanı Kemal Türkler yaptığı basın toplantısında; faşist güçler uyuduğumuzu sanıyorlarsa yanılıyorlar. İşçi sınıfımız, faşist ayaklanmayı anında bastırarak güç, hazırlık ve kararlılığa sahiptir. Sıkıyönetim getirecek ya da doğrudan doğruya faşist cunta kurmaya yeltenen insanlık düşmanı bir avuç satılmışa gereken cevap anında verilecektir diyerek demokratik hak ve özgürlükten yana, tüm siyasi partilere, demokratik kuruluşlara ve tüm çalışanlara bir uyarı çağrısında bulunmuştur.

DİSK Genel Başkanı Kemal Türkler'in çağrısı özetle şöyledir :

«Ülkemiz son derece tehlikeli günler yaşıyor. Faşizmin çizme sesleri duyuluyor. İnsanların en doğal hakları olan yaşama özgürlüğü kalmadı. Demokratik, sendikal ve siyasal hak ve özgürlükler tehlikeye giriyor. Faşizm tehlikesi sadece işçi sınıfı hareketini değil, parlamenter sistemden yana olan tüm siyasal hareketlerin varlığını tehdit ediyor.

Yasal görüntüsünü MC içinde bulan faşist hareket seçimler yapıldığı takdirde ezileceğini, tecrit olacağını çok iyi biliyor. Bu nedenle seçimleri engellemek için işçi, öğrenci, öğretmen, öğretim üyesi, gazeteci demeden seçimlerden yana ve faşizme karşı olan herkese silahla saldırıyor, öldürüyor, yakıyor, yıkıyor.

Parlamentar maaşlarına zam konusu faşist hareket tarafından istis-

mar ediliyor. Siyasal bileşimini onaylamasak da parlamentonun en üst ulusal karar organı olarak bu şekilde itibarını yitirmesi parlamenter sisteme karşı olan faşist hareketin işine yaramaktadır.

Batı dünyasının parçası olduğu iddia edilen Türkiye'nin batı dünyası ile ilişkileri iyice zayıflamıştır. Türkiye'nin batı ile siyasal bağları kopmak üzeredir. Yabancı basın kaynakları Türkiye'nin Avrupa Konseyinden çıkarılma ihtimalinin kuvvetle mevcut olduğunu belirtmektedirler. Bilindiği gibi parlamento dışı yönetimleri, Batı Avrupa kuruluşları ihraç etmektedir. 1967 - 1974 arasında Yunanistan bu durumdaydı. 12 Mart döneminde bu ihtimal Türkiye içinde söz konusuydu. Türkiye belirli bir plan içinde bilinçlice Batı Avrupa'dan tecrit edilmek istenmektedir. İçte ve dışta bu planı hazırlayan, yöneten ve uygulayan faşist güçlerin CIA'ya bağlı oldukları açıkça görülmektedir.



1977 seçimleri faşist harekete en büyük darbeyi vuracaktır. Artık kamyonlara doldurulmuş insanlar değil, bilinçli kitleler oy verecektir. Bu nedenle faşist hareket seçim kazanımımızı yok etmek, sıkıyönetim ya da faşist bir cunta getirmek üzere son hazırlıklarını yapmaktadır.

DİSK'in sendikal öncülüğünü yaptığı işçi sınıfımız erken ya da zamanında seçimlerin yapılması için tarihsel görevini yerine getirecektir. Faşist güçler uyuduğumuzu sanıyorlarsa yanılıyorlar. İşçi sınıfımız faşist ayaklanmayı anında bastırarak güç, hazırlık ve kararlılığa sahiptir. Sıkıyönetim getirecek ya da doğrudan doğruya faşist cunta kurmaya yeltenen insanlık düşmanı bir avuç satılmışsa gereken cevap anında verilecektir.

En son durumda kendi olanak ve hazırlıklarımızla seçim güvenliğini kendimiz sağlayacağız. Seçim sandıklarını koruyacağız.

DİSK olarak derhal bir geçici seçim hükümeti kurulmasını istiyoruz. Bu geçici seçim hükümetinin görevi serbest ve huzur içinde seçimlerin yapılmasını ve halkın özgürce oy kullanmasını sağlamak amacıyla, adına komando denen faşist güçlerin eylemlerini bastırmak, demokratik, sendikal ve siyasal hak ve özgürlükleri korumak, can, öğrenim ve çalışma özgürlüğünü teminat altına almak olmalıdır.

Bu seçim hükümetinin kurulması, faşist cunta girişimlerinin önlenmesi, seçimlerin teminat altına alınması için faşizm ve cunta girişimine karşı Meclisteki tüm siyasal kuruluş ve kişileri uyarıyor ve yönde işbirliğine çağırıyoruz.

Mücadele ile ilgili elde ettiğimiz demokratik, siyasal, ekonomik ve toplumsal kazanımları korumak ve genişletmek, ilerici onurumuzu çiğnetmemek, faşist cunta harekâtını anında bastırmak ve seçimlere var-

mak üzere tüm demokratik kuruluş, güç ve kişileri, basını derhal ortak tavır koymaya ve bu ortak tavrı bir an önce saptamak amacıyla bir araya gelmeye çağırıyoruz.

Tüm halkımızı, faşist komando saldırılarına, öldürmelere, anayasal demokratik rejime karşı olan cunta girişimi heveslilerine karşı çıkmaya çağırıyoruz..

Sivil ve asker tüm Cumhuriyetçi, ulusal ve demokratik güçlerin faşist cunta tuzağına düşmeyeceğine inanmak istiyoruz. İşçi sınıfımız faşist cunta harekâtı karşısında güçlüdür, ne yapacağını bilmektedir ve kimsede olmayan bir silaha sahiptir. Üretim işçi sınıfımızın ellerindedir.

İZMİR'DEKİ DEMOKRATİK KURULUŞLAR SEÇİM HÜKÜMETİ İSTİYOR

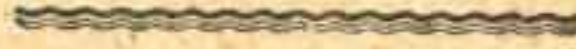
İzmir'deki demokratik kuruluşlar geçtiğimiz günlerde yayınladıkları ortak bir bildiri ile, ülkemizde günden güne artan baskı, kıyım, saldırı, yaşam pahalılığı ve can güvensizliğine karşı ; Cumhuriyetten, demokrasiden ve parlamenter düzenden yana olan tüm siyasî partilerin örgüt ve kişilerin, vakit geçirmeden faşizme karşı etkin önlemler almasını önermişlerdir.

14 Demokratik kuruluş, bildirilerinde faşizmin yerleşmek amacıyla olduğunu belirtmişler ve derhal yeni bir seçim hükümetinin kurularak seçime gidilmesini istemişlerdir. Bildiri yayınlayan kuruluşlar şunlardır :

İzmir Tabip Odası, TÖB - DER, TÜM - DER, TUMAS, İKD, Çağdaş Hukukçular Derneği, İnşaat, Makine, Ziraat, Elektrik, Kimya Mühendisleri ve Mimarlar Odası.

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz



SAYIN OKUYUCULARIMIZ

TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz

TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİNİZLE
BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.
ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

33
603

